

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
KARINE OLIVIER

LA DOULEUR CHRONIQUE AU SEIN DU COUPLE : LE VÉCU DES CONJOINTS-
AIDANTS

MAI 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Yvan Lussier, Ph. D. directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Frédéric Dionne, Ph. D. codirecteur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Frédéric Dionne, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Anaïs Lacasse, Ph. D.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Sommaire

Cette étude vise à examiner la nature des relations entre l'attachement, la communication, les stratégies d'adaptation et l'ajustement dyadique chez les conjoints-aidants dont leur partenaire est atteint de fibromyalgie ou de lombalgie. L'échantillon est composé de 53 couples adultes hétérosexuels dont l'un des partenaires est atteint de douleur chronique. Les conjoints-aidants des patients souffrant de douleur chronique ont tous complété des questionnaires mesurant leur satisfaction conjugale, leurs stratégies d'adaptation, leurs expériences d'attachement amoureux et leur communication. Les patients souffrant de douleur chronique ont aussi complété des questionnaires évaluant l'intensité et l'interférence de leur douleur. Les résultats font ressortir un lien significatif et positif entre les patrons de communication impliquant du retrait et l'ajustement dyadique. D'autres relations significatives et positives ont aussi été observées entre l'utilisation de stratégies d'adaptation impliquant de l'évitement chez le conjoint-aidant, en fonction de l'intensité et l'interférence de la douleur chez le patient. La vérification d'un modèle acheminatoire a permis de constater que la douleur rapportée par le partenaire atteint de fibromyalgie ou de lombalgie est liée aux stratégies d'évitement utilisées par le conjoint-aidant pour faire face aux difficultés engendrées par la maladie du partenaire. Ces stratégies sont à leur tour reliées à un attachement caractérisé par de l'évitement envers leur partenaire. Enfin, l'attachement évitant du conjoint-aidant est associé négativement à sa satisfaction conjugale. Ce modèle explique une proportion importante de la variance associée à l'ajustement dyadique des conjoints-aidants de

l'étude. Ces résultats démontrent qu'il y a un lien entre la douleur chronique d'un partenaire et l'ajustement dyadique du conjoint-aidant.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	ix
Introduction	1
Contexte théorique	5
La douleur.....	6
Douleur chronique	7
La lombalgie.....	9
La fibromyalgie.....	10
La douleur chronique au sein du couple.....	12
Impacts de la douleur chronique chez le conjoint-aidant	13
Changements de rôles	15
Aspects économiques	16
Santé psychologique du conjoint-aidant	17
Santé physique du conjoint-aidant	20
Évaluation subjective de la douleur et impacts sur la relation de couple	21
Attachement amoureux	22
Communication au sein du couple	27
Stratégies d'adaptation	31
La sollicitude	34
La distraction	35
La punition	36
La précision empathique	37
L'encouragement à la prise en charge de soi.....	37
La validation versus l'invalidation émotionnelle	38
Ajustement dyadique et sexualité	39

Objectifs et hypothèses de recherche	44
Méthode.....	47
Participants et déroulement	48
Instruments de mesure	49
Expérience d'attachement amoureux.....	49
Communication.....	50
Stratégies d'adaptation chez les conjoints-aidants.....	51
Ajustement dyadique	53
Douleur	54
Stratégies d'adaptation chez les individus en douleur	55
Résultats	57
Analyses descriptives	60
Analyses inférentielles	62
Discussion	71
Limites et recommandations futures	78
Conclusion	82
Références	85

Liste des tableaux

Tableau

1	Moyennes et écarts types des variables des conjoints-aidants à l'étude (N = 53)	61
2	Corrélations entre les variables d'ajustement dyadique, d'attachement, de communication et de stratégies d'adaptation chez les conjoints-aidants	64
3	Corrélations entre les variables de douleur de l'individu en douleur et celles du conjoint-aidant.....	66
4	Corrélations entre les variables de stratégies d'adaptation de l'individu en douleur et les variables du conjoint-aidant.....	67

Liste des figures

Figure

- 1 Analyse acheminatoire des variables de douleur, de stratégies
d'adaptation, des dimensions d'attachement et d'ajustement dyadique..... 70
- 2 Analyse acheminatoire des variables de douleur, de stratégies
d'adaptation, d'évitement de l'intimité et d'ajustement dyadique 70

Remerciements

Je souhaite exprimer mes plus sincères remerciements à mon directeur de recherche, Monsieur Yvan Lussier, Ph.D., pour son soutien, ses encouragements, son partage de ses connaissances et pour son dévouement. Je tiens aussi à remercier mon co-directeur, Monsieur Frédérick Dionne, professeur au département de psychologie de l'UQTR pour m'avoir permis de réaliser ce projet de recherche. Je tiens aussi à remercier Madame Patricia Bourgault, chercheure pour le programme PASSAGE (programme d'apprentissage de stratégies d'autogestion efficaces), Vice-doyenne aux sciences infirmières et Directrice de l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke pour la réalisation de l'étude. Grâce à sa grande générosité, elle m'a permis d'utiliser et d'analyser la banque de données sur les patients souffrant de douleur chronique. Je tiens aussi à remercier Émilie Lagueux, assistante de recherche de Patricia Bourgault, pour sa contribution à l'expérimentation.

Il m'est important de souligner tout le support et les encouragements que mes parents et mes amis m'ont apporté au cours de ce parcours doctoral. C'est grâce à vous tous que j'ai pu accomplir cette étape de vie menant à mon rêve professionnel et je vous en serai éternellement reconnaissante.

Introduction

Au Canada, la douleur chronique a une prévalence de 11 à 29 % (Boulanger, Clark, Squire, Cui, & Horbay, 2007; Moulin, Clark, Speechley, & Morley-Forster, 2002; Ramage-Morin & Gilmour, 2010; Reitsma, Tranmer, Buchanan, & VanDenKerkhof, 2012; Schopflocher, Taenzer, & Jovey, 2011). Plus de 50 % des personnes âgées de 65 ans et plus dans le monde sont atteintes de douleur chronique et la majorité d'entre elles ont vécu au moins un épisode de lombalgie au cours de l'année précédente (Morone & Greco, 2007). La lombalgie est la douleur musculo-squelettique la plus fréquemment rapportée au Canada. Parmi les personnes atteintes de lombalgie, environ 11 % à 12 % de cette population éprouvent de la difficulté à accomplir leurs activités de la vie quotidienne en raison de la douleur (Rossignol, Suissa, & Abenhaim, 1988). La fibromyalgie est une autre condition prévalente qui a un impact majeur sur la qualité de vie. Environ 700 000 adultes sont atteints de fibromyalgie au Canada (White et al., 2009). De ce syndrome découle aussi de nombreuses conséquences handicapantes qui restreignent significativement la qualité de vie de l'individu qui en est atteint (Ellis, 2008; Reiffenberger & Amundson, 1996).

Les impacts économiques, sociaux, physiologiques et psychologiques des douleurs chroniques telles la lombalgie et la fibromyalgie en font des problématiques desquelles il importe de mieux cerner les antécédents et les conséquences afin d'en

réduire les impacts sur le plan de la santé publique. La douleur chronique a d'importants impacts économiques. Il a été estimé que chaque Canadien souffrant de douleur chronique coûte 3 500\$ de plus au système de santé qu'une personne en bonne santé physique, ce qui équivaut à des coûts d'environ 400 millions de dollars par année (Robinson et al., 2012). Les individus souffrant de ce type de douleur présentent un taux élevé d'absentéisme au travail, diminuant ainsi le revenu familial. La douleur chronique est aussi associée à des limitations sociales chez les individus qui en sont atteints. Par exemple, ces derniers peuvent diminuer leurs activités récréatives et sportives ou réduire la fréquence des rapports sexuels avec leur partenaire (Leonard, Cano, & Johansen, 2006; M. F. Schwartz, 1994), restreindre leur implication quant aux tâches familiales et domestiques, et ce, en raison de leur douleur. Les individus atteints de douleur chronique rapportent aussi devoir vivre avec des limitations physiques (perte de mobilité, effets secondaires de la médication, etc.) et psychologiques (anxiété, peurs, tristesse, dépendance aux autres, etc.). Tous ces changements reliés au diagnostic de douleur chronique impliquent inévitablement un réajustement des rôles pour chacun des membres du couple (Lewandowski & Radice, 2012).

Le conjoint procure généralement la plupart des soins à l'individu souffrant de douleur chronique (Newton-John & Williams, 2006). Ce dernier posséderait une forte influence quant à la manifestation des comportements douloureux de son partenaire (Cano & Williams, 2010). Jusqu'à présent, les études qui se sont penchées sur le vécu du conjoint-aidant sont moins nombreuses que celles traitant du fonctionnement de

l'individu en douleur. Dans un premier temps, une recension des écrits sera présentée afin mieux définir le vécu conjugal du conjoint-aidant, principalement en ce qui a trait à l'attachement, la communication, les stratégies d'adaptation et l'ajustement dyadique utilisées par ce dernier. En fonction de la documentation présentée, les hypothèses de recherche seront ensuite présentées. Ensuite, les aspects méthodologiques de cet essai, notamment la description des participants, le déroulement de l'étude, ainsi que les instruments de mesure utilisés seront abordés. Les résultats de cette recherche seront ensuite présentés, puis interprétés en fonction des hypothèses de recherche. Une conclusion complétera ce travail de recherche.

Contexte théorique

Le présent chapitre sur la recension des écrits se divise en six sections. Il débute avec la présentation de la définition et des conséquences de la douleur chronique. Par la suite, deux syndromes fréquents liés à la douleur chronique, soient la lombalgie et la fibromyalgie seront abordés. Les principaux impacts chez les individus qui en sont atteints y seront décrits. La douleur chronique au sein du couple sera ensuite abordée. Cette partie explore notamment les réactions des conjoints-aidants face à la douleur, l'influence de la douleur chronique sur la satisfaction conjugale, l'impact sur le couple de l'évaluation subjective de la douleur par les partenaires, ainsi que les différents types de soutien selon le genre. Également, l'impact de la douleur chronique chez le conjoint-aidant sera abordé. Cette section se termine par la formulation des objectifs et des hypothèses de recherche.

La douleur

La documentation médicale propose plusieurs définitions de la douleur, ce qui rend difficile la comparaison entre les études, notamment lorsqu'il s'agit de données épidémiologiques. L'*International Association for the Study of Pain* (IASP) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou non à des lésions réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions. Pincus (2002) soutient que la douleur est le résultat d'interactions dynamiques

complexes entre différents facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent persister, s'aggraver et rendre le tableau clinique plus sévère. Tout être humain est susceptible de ressentir de la douleur au cours de sa vie. La douleur est d'ailleurs le motif le plus fréquent de consultations médicales (Craig, 1985; Davis, Robinson, Le, & Xie, 2011).

Douleur chronique

Il existe deux types de douleur : aiguë et chronique. La principale distinction entre la douleur chronique et la douleur aiguë consiste en la persistance de l'inconfort. Dans les grandes études épidémiologiques, on définit la douleur chronique comme une douleur qui persiste au-delà de 3 mois (Attal et al., 2008) ou de 6 mois (Boulanger et al., 2007). Lorsque la douleur se manifeste, son intensité dépend principalement du contexte et de l'importance accordée à cette douleur par l'individu qui en souffre (Margot-Duclot, 2013). Ainsi, les conséquences attendues ou réelles, les expériences antérieures et l'humeur influencent l'évaluation cognitive et les émotions entourant l'expérience de douleur. Lorsque la douleur se manifeste afin d'informer le corps de l'existence d'un danger et que la cause de la douleur est connue, il s'agit de douleur dite aiguë. En présence de ce type de douleur, l'élimination de la cause permet à la situation de se résorber. Par ailleurs, lorsque la douleur ne présente pas de fonction adaptative et que l'individu qui en est atteint ne répond pas aux traitements médicaux conventionnels, il y a présence de douleur dite chronique.

Le fardeau économique de la douleur chronique est élevé au Canada (Guerriere et al., 2010; Lalonde et al., 2014). Cela s'explique principalement par la diminution de la productivité au travail, par le grand nombre de congés de maladie (9,3 jours/année), par une utilisation fréquente des ressources de santé (6,9 visites médicales/année) et par le recours aux traitements pharmacologiques. À cet effet, 49 % des personnes souffrant de douleur chronique utilisent des anti-inflammatoires et 22 % des opioïdes (Moulin et al., 2002). Entre 2007 et 2008, l'*Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes* (ESCC) a démontré que la douleur chronique était significativement plus fréquente parmi les personnes ayant un faible niveau de scolarité, n'ayant pas d'emploi, ainsi qu'au sein de la population autochtone (Ramage-Morin & Gilmour, 2010).

Plusieurs conséquences peuvent découler de la douleur chronique, affectant ainsi différentes sphères de vie de la personne qui en est atteinte. L'absentéisme au travail, les difficultés de sommeil, l'abus de substances, les difficultés relationnelles, ainsi que la présence de symptômes dépressifs constituent les conséquences les plus fréquemment observées chez les personnes atteintes de douleur chronique (Aïni, Curelli-Chéreau, & Antoine, 2010; Arnold et al., 2008; Cano, Gillis, Heinz, Geisser, & Foran, 2004; Davis et al., 2011). La douleur chronique est également associée à l'isolement social, aux idées suicidaires (qui affichent une prévalence de 35 % chez les individus atteints de douleur chronique) et enfin au suicide à proprement dit (Moulin et al., 2002; Ratcliffe, Enns, Belik, & Sareen, 2008). Il existe également une forte comorbidité entre la douleur chronique et certains troubles psychologiques. Les plus fréquemment observées sont les

troubles anxieux (principalement les troubles paniques) et les troubles de l'humeur (particulièrement la dépression) (O'Reilly, 2011). Ces troubles se manifestent davantage chez les individus qui voient leur douleur interférer avec leurs activités de la vie quotidienne (Scott et al., 2007). Plus de la moitié des individus atteints de douleur chronique vivront une dépression modérée à sévère et 40 % à 70 % d'entre eux rapportent vivre une détérioration profonde de leur qualité de vie (Moulin et al., 2002).

La présente étude s'intéressera principalement aux personnes souffrant de fibromyalgie et de lombalgie, ainsi qu'à leur conjoint.

La lombalgie. Près de 80 % des adultes ressentiront des douleurs au dos au cours de leur vie (Moulin et al., 2002). Les coûts directs et indirects des douleurs lombaires de la population mondiale excèdent 100 milliards de dollars annuellement (McCarberg, Ruoff, Tenzer-Iglesias, & Weil, 2011). Certains auteurs estiment que 8 % des individus atteints de douleurs lombaires développeraient une lombalgie dite «chronique», qui se caractérise par un état douloureux des vertèbres lombaires évoluant depuis plus de trois mois (Martin-Mattera, Ly Thanh, Garnier, Huez, & Benoist, 2010). La lombalgie chronique serait responsable de la plus grande partie des coûts économiques engendrés par ce type de douleur (Spengler et al., 1986). La lombalgie est associée à des douleurs causées par des mouvements répétitifs qui se rencontrent généralement en situation professionnelle. Des individus de tous âges peuvent être atteints de lombalgie. Les premières manifestations de cette douleur chronique se produisent généralement soit à

l'adolescence ou vers l'âge de 45 ans. Les facteurs sociaux, environnementaux et psychologiques semblent être davantage déterminants dans le développement et le maintien de la lombalgie que les facteurs physiques (Martin-Mattera et al., 2010). Les douleurs handicapantes causées par la lombalgie affectent principalement le sommeil, la vie professionnelle, ainsi que la qualité de vie (Morone & Greco, 2007). La dépression et l'anxiété sont reconnues pour être les troubles psychologiques les plus fréquemment associées à la lombalgie (Bendix, Bendix, Hastrup, & Busch, 1998).

La fibromyalgie. Un autre type de douleur qui suscite un intérêt croissant chez les chercheurs est la fibromyalgie. Cette maladie est aussi connue sous le terme de syndrome de douleur chronique diffuse. Elle est principalement caractérisée par des tensions musculaires, des symptômes non spécifiques, ainsi que des douleurs persistantes et inexpliquées (Ablin, Neumann, & Buskila, 2008). La personne souffrante a de la difficulté à obtenir un diagnostic précis pour ses douleurs et puisque celles-ci sont diffuses, elle se sent souvent incomprise par le système médical (Roux & Durif-Bruckert, 2014). Le diagnostic doit être posé lorsque la douleur se manifeste des deux côtés du corps, dans les moitiés supérieure et inférieure, en plus d'être associée à une sensibilité lors de pression à au moins 11 parties du corps sur 18 et elle doit être présente depuis plus de trois mois (Ablin et al., 2008). Plus de 50 % des individus atteints de fibromyalgie rapportent ressentir de la détresse psychologique (Goldenberg, 1994). La fibromyalgie a une prévalence de 2 % chez la population canadienne (Williams et al., 2002). Elle affecte principalement les femmes, pour un ratio de six femmes pour un

homme. L'âge moyen des personnes atteintes de fibromyalgie varie entre 45 et 49 ans (Reiffenberger & Amundson, 1996). La douleur et la fatigue représentent les symptômes les plus importants de cette maladie. Près de 90 % des personnes atteintes de fibromyalgie ressentent une asthénie (fatigue) et les trois quarts d'entre elles ont un sommeil non-réparateur (Borg, Emond, Colson, Laurent, & Michael, 2015). Les individus atteints de fibromyalgie souffrent aussi de raideurs musculaires, de sensibilité aiguë aux stimuli nociceptifs, de myalgies et d'allodynie (douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore) (Smythe, 2009). Cette maladie chronique apparaît fréquemment simultanément avec d'autres problématiques d'ordre médical telles : l'arthrite rhumatoïde, le syndrome de fatigue chronique, le lupus érythémateux et le syndrome de l'intestin irritable (Ellis, 2008).

De nombreuses conséquences peuvent découler de la fibromyalgie. La plupart des personnes atteintes se sentent isolées, dépendantes face à autrui et rapportent un sentiment de solitude (Moser & Dracup, 2004). Les personnes atteintes de fibromyalgie vivent de la peur et de l'anxiété en lien avec la douleur persistante qu'elles ressentent. Elles rapportent de l'hypersensibilité à la douleur, augmentant ainsi leur perception de la douleur, ce qui crée un phénomène de cercle vicieux, plus elles portent attention à la douleur qu'elles ressentent, plus elles considèrent vivre une intensité de douleur importante (Aïni et al., 2010).

La prochaine section s'attardera principalement aux conséquences découlant de la fibromyalgie et de la lombalgie sur la dynamique conjugale.

La douleur chronique au sein du couple

Lorsqu'un des partenaires du couple est atteint de douleur chronique, les deux conjoints doivent parvenir à s'ajuster aux problèmes découlant de la douleur chronique et à adapter leur relation conjugale à cette nouvelle condition (Lewandowski & Radice, 2012). La perception la douleur (sévérité, contrôlabilité) de chaque membre du couple est directement associée à la façon dont ils s'ajustent à l'expérience douloureuse. Les conjoints représentent la source principale de soins pour leur partenaire atteint de douleur chronique. Ces derniers leur prodiguent des soins étendus et sont davantage portés à les aider que les professionnels qui dispensent les soins formels (Pruchno & Potashnik, 1989). En raison de la fréquence de leurs contacts et du caractère intime de leur relation, les conjoints de partenaires souffrant de douleur chronique sont les individus qui possèdent le plus d'influence quant au renforcement ou à la diminution des comportements douloureux chez leur partenaire.

La douleur rapportée par l'individu souffrant peut être accentuée par la présence du conjoint (Block, Kremer, & Gaylor, 1980). Cette chaîne de réactions s'explique par le modèle opérant décrit par Fordyce et ses collaborateurs (1968). S'appuyant sur les travaux classiques de Skinner, ces derniers ont suggéré une distinction entre la cause originale de la douleur et les manifestations des comportements douloureux de

l'individu. Les comportements douloureux (p. ex., boiter, grimacer) seraient soumis aux mêmes conditionnements que tout autre comportement (Fordyce, 1982). Ainsi, s'ils sont renforcés positivement (par l'ajout d'une conséquence appétitive) ou négativement (par le retrait d'une conséquence aversive) les comportements douloureux pourraient persister plus longtemps que le temps de guérison normal (Sanders, 2002). Par exemple, si le patient souffrant de douleur chronique a de la difficulté à monter les escaliers et que son conjoint lui tend le bras pour qu'il s'y appuie, il se pourrait que ce patient répète à nouveau ce type de comportement pour obtenir le soutien de son conjoint. Le niveau d'engagement du conjoint-aidant, ainsi que les réactions qu'il adopte face à la douleur de son partenaire, sont significativement corrélés à l'évaluation subjective du conjoint-aidant de la douleur ressentie par son partenaire (Skinner, 2010). Ainsi, plus le conjoint-aidant estime que la douleur de son partenaire est importante, plus il lui apportera du soutien.

Impacts de la douleur chronique chez le conjoint-aidant

La douleur chronique interfère avec tous les aspects de la vie familiale et elle peut provoquer des conséquences significatives chez les membres de la famille. Les recherches tendent à démontrer que le soutien social est un facteur central dans la prédiction de l'ajustement à la douleur chronique et que le conjoint représente le membre du réseau social ayant le plus d'influence sur la personne qui en souffre. La prochaine section s'attardera à l'impact de la douleur chronique sur le conjoint-aidant.

Certaines études permettent de relever des différences quant au type de soutien et aux conséquences qui en découlent selon le sexe du conjoint-aidant. Selon l'étude de Navaie-Walise (2002), les femmes qui prennent soin de leur conjoint atteint de douleur chronique consacrent plus de temps à leur rôle de soignante et procurent davantage de soins que les hommes soignants. Les conjointes-aidantes sacrifient une portion considérable de leur journée à procurer des soins à leur partenaire. Ces dernières disposent donc de moins de temps à consacrer à d'autres tâches et activités, ce qui serait significativement associé à leur niveau d'anxiété. Les conjointes-aidantes rapportent également vivre plus de symptômes dépressifs et être aux prises avec une santé mentale plus fragile que les conjoints-aidants (Nottingham, 2009). Les conjointes-aidantes auraient une plus faible maîtrise de soi et posséderaient un locus de contrôle davantage externe que les conjoints-aidants, ce qui pourrait expliquer cette fragilité psychologique (Horwitz & Davies, 1994). Les conjoints-aidants feraient davantage appel à de l'abus de substance et ils présenteraient une plus grande prévalence de troubles de personnalité que les conjointes-aidantes (Horwitz & Davies, 1994; Killian, Turner, & Cain, 2005). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les conjoints-aidants feraient face au contexte de douleur en manifestant de l'indépendance et de l'agressivité. Ces derniers réagiraient donc au contexte de douleur de leur partenaire davantage par des comportements agressifs (injures, coups) à l'égard d'autrui (Rosenfield, 1999).

Les études réalisées sur l'impact de la douleur chronique chez les conjoints-aidants portent plus particulièrement sur des thèmes reliés aux changements de rôles,

aux aspects économiques, à la sexualité, à la communication, aux facteurs qui influencent la santé psychologique du conjoint-aidant, à l'isolement social, au manque de temps, à la chronicité de la douleur, à la fréquence des soins, à la santé psychologique, ainsi qu'à la santé physique.

Changements de rôles. Il arrive fréquemment que le patient souffrant de douleur chronique devienne dépendant physiquement et émotionnellement de ses proches, ce qui peut provoquer des changements au niveau de la dynamique conjugale et des rôles de chacun des partenaires. Des renversements de rôles peuvent en résulter entre les membres de la famille (Lewandowski, Morris, Draucker, & Risko, 2007). Par exemple, une relation égalitaire entre les membres d'un couple peut être transformée, au fil du temps, en une relation de type hiérarchique où le conjoint prodigue des soins à son partenaire en douleur. Les conjoints-aidants rapportent une augmentation des responsabilités domestiques, que ce soit au niveau des soins aux enfants, de l'entretien ménager, de la préparation des repas et des emplettes (Keefe et al., 2000; Lewandowski & Radice, 2012). Cette redistribution des responsabilités au sein des membres du couple peut provoquer une certaine pression chez le conjoint-aidant, particulièrement dans des contextes où la douleur perdure et s'accroît avec le temps (Gauthier, Thibault, & Sullivan, 2011). Les changements les plus fréquents dans la dynamique conjugale où un partenaire est atteint de douleur chronique seront abordés.

Aspects économiques. Les problèmes financiers représentent un problème auquel les couples aux prises avec de la douleur chronique doivent faire face. Puisque les patients souffrant doivent fréquemment réduire leurs heures au travail ou encore quitter leur emploi en raison des symptômes douloureux incapacitants, leur conjoint est susceptible de ressentir une plus grande responsabilité financière (Bigatti, 2000; Cano, Gillis, et al., 2004). Les conjoints-aidants doivent souvent réduire leurs heures de travail afin de prendre soin de leur partenaire souffrant, ou encore pour remplir des tâches domestiques et pour s'occuper des enfants (Cano, Johansen, Leonard, & Hanawalt, 2005). La diminution du revenu du couple qui en découle provoquerait non seulement de l'anxiété pour les membres du couple, mais nécessiterait de compenser cette perte de revenu en diminuant les dépenses superflues, telles que les activités de divertissement ou les vacances, ce qui pourrait augmenter par conséquent le niveau d'anxiété des membres du couple (Keefe et al., 2004).

La diminution du revenu ainsi que le manque de temps causés par la douleur chronique (visites médicales, soins reliés à la douleur) provoqueraient une diminution de la participation à des activités récréatives pour les membres de la famille du patient atteint de fibromyalgie ou de lombalgie (Martin-Mattera et al., 2010). Ceci pourrait entraîner un isolement progressif de la famille relié à un désinvestissement des sphères sociale et communautaire. Cette diminution des rapports sociaux provoquerait de l'incompréhension de la part de l'entourage face à la maladie (Bigatti, 2000). Cependant, ce retrait social peut aussi provoquer un rapprochement entre les membres de la famille

où règnent un engagement mutuel et une forte implication au niveau des tâches domestiques et des responsabilités (Arnold et al., 2008). Les membres de la famille délaissent ainsi une parcelle de leur autonomie personnelle et de leur indépendance afin de s'investir davantage au sein de leur famille (Lewandowski & Radice, 2012).

Santé psychologique du conjoint-aidant. Les conjoints-aidants présentent une plus grande fréquence d'affects négatifs et une moins grande fréquence d'affects positifs que les conjoints d'individus en bonne santé (Nottingham, 2009; Soskolne, Halevy-Levin, & Ben-Yehuda, 2007). Les réactions émotionnelles des conjoints-aidants face à la maladie de leur partenaire peuvent inclure de la colère, du ressentiment, de l'insécurité, de l'impuissance, de la culpabilité, du découragement et de la fatigue. Toutes ces réactions émotionnelles conduiraient les conjoints-aidants à une faible satisfaction par rapport à leur vie (Gallagher, Wrabetz, Lovett, Del Maestro, & Rose, 1989).

Des études trouvent que plus de 83 % des conjoints-aidants rapportent vivre des symptômes dépressifs. Cette symptomatologie chez ces derniers serait associée à la façon dont leur partenaire souffrant s'adapte à leur condition (Lewandowski & Radice, 2012; Schulz et al., 1997). Les conjoints-aidants rapportent aussi vivre plus de solitude et d'anxiété que les conjoints de personne en bonne santé physique (Bigatti, 2000). L'un des principaux problèmes rencontrés chez les conjoints-aidants consiste en l'incertitude face à l'avenir quant à la condition physique de leur partenaire. Cette incertitude crée des sentiments à la fois de désespoir et d'impuissance chez le conjoint-aidant, face à son

propre futur et à celui de la famille (Chenhall, 1998). Alors que ces derniers ne ressentait préalablement pas de symptômes anxieux lorsque leur partenaire n'éprouvait pas de problème de santé, 10 % d'entre eux rapportent vivre des symptômes anxieux depuis qu'ils prennent soin de leur partenaire en douleur (Tran, 2007).

Selon Schwartz et al. (1991), le niveau de dépression serait plus élevé chez les conjoints-aidants que chez leur partenaire souffrant. La relation entre la détresse psychologique vécue par le conjoint-aidant et son partenaire est corrélée significativement et le lien augmente en importance lorsque le partenaire en douleur exprime un degré élevé de détresse psychologique (Shanfield, Heiman, Cope, & Jones, 1979). Un des principaux facteurs associés à l'humeur dépressive du conjoint-aidant consiste en la perception de contrôle sur sa vie (Geisser, Cano, & Leonard, 2005). La détresse psychologique chez les conjoints-aidants est aussi fréquemment associée à la surestimation de l'intensité de la douleur de leur partenaire (Riemsma, Taal, & Rasker, 2000). Ainsi, plus le niveau de détresse du conjoint-aidant est élevé, plus ce dernier estime que la douleur de son partenaire est sévère. La diminution de la satisfaction conjugale se manifeste davantage chez les conjoints-aidants que chez le partenaire souffrant (Romano, Turner, & Clancy, 1989). La satisfaction conjugale des conjoints-aidants est positivement corrélée à la satisfaction conjugale de leur partenaire (Geisser et al., 2005). Selon Ahern et Follick (1985), la détérioration du fonctionnement du partenaire souffrant est le prédicteur le plus significatif de la satisfaction conjugale chez le conjoint-aidant, au-delà de la détresse psychologique des deux partenaires. D'autres

études vont aussi en ce sens, rapportant que l'intensité de la douleur, ainsi que l'interférence de la douleur quant aux tâches quotidiennes de l'individu atteint de douleur chronique auraient une influence négative considérable sur la satisfaction conjugale de leur conjoint-aidant (Flor, Turk, & Scholz, 1987; Maruta, Osborne, Swanson, & Halling, 1981).

Dès l'apparition des douleurs de leur partenaire, les conjoints-aidants rapportent une diminution de la satisfaction face à leur vie. Cette diminution de satisfaction face à leur vie est plus présente lorsque les conjoints-aidants pratiquent de nombreuses activités et possèdent un réseau social satisfaisant avant l'apparition de la maladie de leur partenaire (Moen, Robison, & Dempster-McClain, 1995). Par ailleurs, les conjoints-aidants qui estiment avoir un réseau social satisfaisant et du soutien de la part de leurs amis et de leur famille, rapportent vivre moins de symptômes anxieux et dépressifs que les conjoints-aidants qui reçoivent peu de support de leurs proches (Drentea, 2002). La présence d'un réseau social adéquat chez les conjoints-aidants est donc favorable, puisqu'elle leur permet une certaine forme d'exutoire tout en constituant à la fois un facteur de protection contre l'isolement (Drentea, Clay, Roth, & Mittelman, 2006).

Il est aussi fréquent d'observer l'émergence d'une dynamique familiale où règne l'engagement mutuel de chacun en renonçant à une part de leur indépendance, afin d'être présent pour offrir du soutien aux membres de la famille (Lewandowski et al.,

2007). La douleur devient donc le facteur le plus influent qui lie les membres de la famille (Smith, 2003).

La perception de manque de temps afin d'effectuer les tâches quotidiennes de la part des conjoints-aidants peut aussi influencer la santé psychologique de ces derniers. En effet, les conjoints-aidants qui considèrent avoir un faible niveau d'efficacité à remplir les tâches quotidiennes présenteraient une fragilité au niveau de leur santé mentale. Ces derniers sont davantage prédisposés à développer des problématiques telles : la dépression, l'anxiété, des problèmes de dépendance et/ou de toxicomanie (Cheung & Sun, 2000). Par ailleurs, cette fragilité au niveau de la santé mentale ne serait pas présente chez les conjoints-aidants ayant une perception de maîtrise sur les tâches quotidiennes (Nottingham, 2009).

Santé physique du conjoint-aidant. Les conjoints-aidants évaluent avoir une moins bonne santé physique et rapportent vivre plus de symptômes de douleur chronique que les conjoints de partenaire en bonne santé physique (Tran, 2007). Selon certaines études, les conjoints-aidants qui rapportent vivre de la fatigue et de l'anxiété en lien avec les soins qu'ils procurent à leur partenaire ont une espérance de vie moyenne de quatre ans de moins que les conjoints ayant un partenaire en bonne santé. Les conjoints-aidants ont une fréquence de visites médicales plus élevée que les conjoints de partenaire en bonne santé physique (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994). Les conjoints-aidants possèdent généralement un système immunitaire plus faible que les conjoints de partenaire en

bonne santé et sont considérablement plus à risque de développer des infections telles : des ulcères, de l'anémie et de l'arthrite (Scharlach, Runkle, Midanik, & Soghikian, 1994; Tran, 2007).

Évaluation subjective de la douleur et impacts sur la relation de couple

L'évaluation de la sévérité de la douleur par les membres du couple peut provoquer de la congruence ou de l'incongruence selon les perceptions de chacun des partenaires et ceci peut influencer considérablement la dynamique conjugale, ainsi que les réactions des membres de la dyade face à la douleur (Smith, 2003). Les conjoints-aidants peuvent être en désaccord quant à l'évaluation de la douleur de leur partenaire. Par exemple, ils peuvent se questionner quant au degré d'invalidité réel de leur partenaire en le comparant à celui verbalisé et/ou manifesté par leur partenaire. Ceci peut provoquer de la colère et du ressentiment de la part des deux partenaires. Par conséquent, ces réactions peuvent entraver la communication tout en affectant négativement la relation conjugale et le bien-être conjugal (Bigatti, 2000). Certaines variables ont été retenues dans la présente étude afin de vérifier leur impact sur la relation conjugale en contexte de douleur chronique, soient : l'attachement amoureux, la communication au sein du couple, les stratégies d'adaptation, la sexualité, ainsi que la satisfaction conjugale. Ces variables reçoivent un appui important dans la documentation scientifique et elles constituent des déterminants importants du fonctionnement conjugal.

Attachement amoureux. La théorie de l'attachement amoureux s'appuie sur la théorie de l'attachement infantile élaborée à partir des travaux de Bowlby (1980) et d'Ainsworth (1978) sur les comportements des enfants, visant à rechercher le contact et la proximité avec les figures d'attachement. La théorie de l'attachement amoureux tenterait d'expliquer les différences individuelles dans la façon dont les individus développent et maintiennent des relations amoureuses au cours de leur vie adulte. Dans une relation de couple, le partenaire deviendrait la figure d'attachement principale de la vie adulte (Hazan & Shaver, 1987). L'individu tenterait, dans sa dynamique conjugale, de reproduire et de confirmer ses modèles affectifs et cognitifs infantiles (c'est-à-dire ses représentations et ses attentes de lui-même, de l'autre et de sa relation). Ceci lui permettrait de maintenir la stabilité de ses représentations d'attachement au fil du temps (Morgan & Shaver, 1999).

La qualité, ainsi que la consistance des soins reçus étant enfant par les figures d'attachement influenceront positivement le désir de proximité à l'âge adulte, ce qui entraînera un attachement sécurisant. À l'inverse, l'attachement insécurisant se développera à partir de l'inconsistance ou de la mauvaise qualité des soins reçus étant enfant, pouvant provoquer une tendance à être anxieux, un sentiment de rejet ou d'abandon et une recherche incessante d'approbation. Ainsi, il existe deux dimensions fondamentales de l'attachement insécurisant soient : la dimension d'évitement de la proximité et la dimension d'anxiété d'abandon (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). L'évitement de la proximité réfère au degré auquel l'individu se sent inconfortable en

contexte d'intimité et dans le fait de devoir dépendre des autres ou de rechercher leur soutien. Par ailleurs, l'anxiété d'abandon renvoie au degré auquel l'individu considère ne pas mériter d'être aimé et aussi à l'inquiétude qu'il ressent face à la peur d'être rejeté par autrui.

Selon Bartholomew, Kwong et Hart (2001), la combinaison de l'évitement de la proximité et de l'anxiété d'abandon permettrait de catégoriser les gens selon quatre styles d'attachement: le style sécurisant, le style préoccupé, le style craintif et le style détaché. Ces styles d'attachement consistent en des façons de gérer le besoin fondamental de sécurité en contexte de détresse. Le style d'attachement sécurisant se retrouve chez les individus ayant acquis, étant enfant, une base sécuritaire d'exploration via la présence rassurante et constante du procureur de soins. Une fois adulte, les individus ayant un style d'attachement sécurisant présentent une image positive d'eux-mêmes et ils possèdent une bonne capacité à faire confiance à autrui. En contexte conjugal et lors de situations difficiles, ils se sentent à l'aise de demander du soutien à leur partenaire et ils recherchent activement des solutions afin de résoudre leurs problèmes. Les relations amoureuses des personnes ayant ce style d'attachement seraient plus satisfaisantes et durables que celles des conjoints présentant un autre style d'attachement. Les gens ayant un style d'attachement sécurisant se considèrent aussi plus satisfaits de leur relation conjugale, ne ressentant pas d'anxiété d'abandon et ne tentant pas d'éviter la proximité, que les gens présentant un autre style d'attachement

(Fournier & Brassard, 2010; Mikulincer & Shaver, 2013, 2015; Simpson & Rholes, 2012).

Le style préoccupé se caractérise par une vision positive d'autrui, mais négative de soi-même. Étant enfants, les individus ayant un style d'attachement préoccupé auraient vécu de l'inconsistance dans les soins et ils auraient ressenti un niveau d'anxiété considérable lorsque séparés de leur figure d'attachement. Les individus ayant ce style d'attachement ressentent une ambivalence associée à un fort désir de proximité versus la peur d'être abandonnés (Boisvert, Lussier, Sabourin, & Valois, 1996). En contexte conjugal, les gens ayant ce style d'attachement manifestent des préoccupations excessives face à leur relation amoureuse, doutant principalement de la sincérité d'engagement de leur conjoint. Ces derniers recherchent plus fréquemment les conflits et se montrent davantage contrôlants que les gens ayant un autre style d'attachement, puisqu'ils tentent ainsi de tester la force de leur relation, ainsi que l'obtention de la reconnaissance et de l'acceptation de leur partenaire (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Les gens ayant un style d'attachement détaché possèdent une image positive d'eux-mêmes, mais négative d'autrui. Lors de l'exploration de leur environnement étant enfants, leurs parents n'étaient pas disponibles, les ont rejeté, ou n'ont pas été utilisés comme base sécuritaire. Dans les situations de détresse, les réactions de pleurs et de désarroi non assouvies se sont transformées progressivement en réponses d'indifférence et d'indépendance. À l'âge adulte, ces derniers ne craignent point d'être abandonnés, ils

ont toutefois peur de dépendre des autres, ou de se retrouver en contexte d'intimité. Lorsqu'autrui tente d'entrer en contexte de proximité avec eux, ils se sentent agacés. En contexte conjugal, ces derniers tentent d'éviter de ressentir toutes formes de vulnérabilité, préférant nier leurs sentiments avec leur partenaire, valorisant plutôt l'indépendance. Les gens ayant un style d'attachement détaché présentent généralement une préférence pour les relations sans engagement ou pour les relations d'un soir, versus les relations stables de longue durée.

Enfin, les individus ayant un style d'attachement craintif possèdent à la fois une image négative d'eux-mêmes et d'autrui. Tout comme les individus ayant un style d'attachement détaché, les individus ayant un style d'attachement craintif ont internalisé dès l'enfance des comportements visant à ne pas faire appel à autrui afin d'obtenir de la sécurité, compte tenu des rejets répétés de la part de leurs procureurs de soins. En contexte conjugal, les personnes ayant un style d'attachement craintif sont celles qui présentent le plus haut niveau d'évitement de la proximité et d'anxiété d'abandon. Ayant une ouverture de soi faible et étant difficiles à rassurer, ils cumulent les frustrations ressenties qui s'extériorisent finalement, la plupart du temps, en débordements de colère.

L'une des premières associations entre le style d'attachement d'un individu et ses réactions face à la douleur fût présentée par Kolb (1982). Par la suite, de nombreux chercheurs ont développé un intérêt pour ce sujet. Par exemple, selon les recherches de Forsythe et ses collaborateurs (2012), le style d'attachement serait corrélé à la façon

dont l'individu souffrant s'adapte à la douleur chronique, ainsi qu'à la réaction adoptée par le conjoint-aidant face à la douleur de son partenaire. La façon dont l'individu procurera des soins à son partenaire en cas de situation stressante à l'âge adulte, en contexte de douleur par exemple, sera largement influencée par les expériences de soins qu'il a reçus par sa figure d'attachement lorsqu'il était enfant (Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000). Le patient souffrant qui possède un style d'attachement non sécurisant ferait preuve d'hypervigilance et il présenterait davantage de peurs que le patient souffrant de douleur chronique possédant un autre style d'attachement (Davis et al., 2011). Le patient souffrant de douleur chronique ayant un style d'attachement non sécurisant présenterait un plus haut niveau de détresse émotionnelle, faisant davantage appel à de l'exagération lorsqu'il manifesterait des comportements douloureux et il présenterait un plus faible niveau d'auto-efficacité pour faire face à la douleur que le patient souffrant ayant un style d'attachement sécurisant (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003; McWilliams & Asmundson, 2007; McWilliams & Holmberg, 2010; Meredith, Strong, & Feeney, 2006). L'individu présentant un style d'attachement sécurisant posséderait une bonne capacité de résilience pour faire face à sa maladie chronique et il exprimerait adéquatement les émotions qui y sont associées à son partenaire. L'individu ayant un style d'attachement évitant exprimerait peu ses émotions et ses symptômes reliés à sa maladie à ses proches et il ne leur demanderait que très rarement de l'aide (Hunter, Sharp, Denning, & Terblanche, 2006).

Quant aux conjoints-aidants, ceux présentant un style d'attachement non sécurisant ressentiraient davantage de pression et de fatigue associées à leur rôle d'aidant que ceux présentant un autre style d'attachement. Ces derniers présenteraient aussi un risque significativement plus élevé de développer des symptômes dépressifs (Williamson, Walters, & Shaffer, 2002). Par ailleurs, les conjoints-aidants ayant un style d'attachement détaché présenteraient un risque plus élevé de ressentir de la colère suite à l'adoption de ce rôle d'aidant. Les conjoints-aidants ayant un style d'attachement détaché rapporteraient aussi une plus faible satisfaction conjugale, ainsi qu'un faible sentiment d'auto-efficacité afin de venir en aide à leur partenaire souffrant (Porter et al., 2012).

Communication au sein du couple. Selon de nombreux auteurs, les patrons de communication utilisés par les membres d'un couple auraient une influence considérable sur la satisfaction conjugale de ces derniers (Christensen & Shenk, 1991; Gottman, Markman, & Notarius, 1977; Kuster et al., 2015). Les couples en détresse conjugale communiqueraient différemment des couples ne vivant pas de détresse conjugale. Les interactions quotidiennes des couples souffrant de détresse conjugale seraient davantage empreintes de fermeture face à la communication et d'évitement des conflits par le retrait d'un ou des deux partenaires, alors que les interactions des couples satisfaits de leur relation seraient davantage caractérisées de négociations actives et constructives (Eldridge & Christensen, 2002). Les patrons de communication peuvent être symétriques ou asymétriques. Il y a présence de patron de communication

symétrique lors de séquences répétitives de communication où les membres du couple occupent des rôles similaires dans leurs interactions, par exemple, lorsque les partenaires expriment leurs sentiments mutuellement. Les patrons de communication asymétriques se manifestent lorsque les membres du couple occupent des rôles différents et complémentaires dans leurs interactions, par exemple, lorsqu'un des membres du couple critique son partenaire, alors que ce dernier tente de calmer son conjoint et d'apaiser la tension (Gottman et al., 1977).

Jusqu'à présent, plusieurs typologies de modes d'interactions communicationnelle ont été proposées (Sullaway & Christensen, 1983). Dans le cadre de la présente étude, compte tenu de la représentation adéquate des modes de communication entre les conjoints, la classification de Sullaway et Christensen (1983) sera utilisée. Cette typologie comprend, entre autres, la communication positive et le mode demande/retrait. Le mode communication positive consiste en un patron de communication symétrique où les membres rapportent la présence d'ouverture à discuter de leurs problèmes avec leur partenaire, d'exprimer leurs sentiments de façon positive et où règne une résolution de problème mutuelle. Le patron de communication demande/retrait se produit lorsqu'un conjoint exprime une demande ou une plainte qui nécessite un changement et que l'autre partenaire évite ou se retire de la discussion, la plupart du temps afin d'éviter l'argumentation et/ou d'éviter de se mobiliser afin d'effectuer le changement désiré par son partenaire (Christensen, 1988). Il consiste en un patron de communication asymétrique. Une étude menée par Christensen et Shenk

(1991) révèle que, comparativement aux couples ne présentant pas de détresse conjugale, les couples souffrant de détresse conjugale sont plus exposés à vivre des conflits liés à la distance psychologique qui les sépare, à utiliser l'évitement comme stratégie d'adaptation, à adopter le patron de communication demande/retrait, ainsi qu'à faire moins appel au mode communication positive. Cette typologie s'applique aussi aux couples devant faire face à une maladie chronique.

Les patients souffrant de douleur chronique qui expriment leur détresse, ou encore qui manifestent des comportements douloureux, agiraient ainsi afin de communiquer leurs besoins émotionnels. Ils rechercheraient de la proximité, du soutien et de l'aide de la part d'autrui (Gauthier et al., 2011; Keefe et al., 2000; Sullivan et al., 2001). L'ouverture à discuter des émotions associées à la douleur chez le patient souffrant, ainsi que la réaction empathique à cette ouverture de la part du conjoint, seraient des déterminants de la satisfaction conjugale et de l'intimité (Hadjistavropoulos, Craig, & Fuchs-Lacelle, 2004; Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 2004). Les individus peuvent également réagir différemment lorsqu'ils font face à une situation stressante, comme le fait de souffrir de douleur chronique. Une des réactions possibles consiste en l'adoption de pensées catastrophiques et de leur expression. Les individus adoptant cette forme de réaction pourraient exprimer leur douleur de façon exagérée afin d'obtenir davantage de réponses empathiques de la part de leurs proches, ou encore, dans le but d'augmenter la proximité avec ces derniers (Cano et al., 2005). La présence de pensées catastrophiques est un prédicteur significatif des comportements douloureux

(Gracely et al., 2004). Les patients souffrant de douleur chronique qui demeurent avec leurs conjoints décriraient plus sévèrement leur douleur que les individus qui demeurent avec quelqu'un d'autre (Giardino, Jense, Turner, Ehde, & Cardenas, 2003; Thibault, Loisel, Durand, Catchlove, & Sullivan, 2008). Les conjoints-aidants, face à cette réaction à la douleur de leur partenaire, pourraient susciter ce type de réponse, ce qui pourrait maintenir ou renforcer les comportements douloureux de leur partenaire. Les conjoints-aidants pourraient donc être sollicités par leur partenaire souffrant afin d'obtenir du soutien (Romano et al., 1995).

La personne atteinte de douleur chronique peut exprimer les symptômes qu'elle ressent afin de tenter de convaincre son conjoint que la douleur qu'elle vit est réelle. Par ailleurs, les membres du couple peuvent demeurer silencieux. Dans ce cas, l'individu souffrant n'exprime donc pas la douleur qu'il ressent et son conjoint n'exprime pas verbalement le fait qu'il ne parvienne pas à identifier les moments où son partenaire ressent de la douleur. Ainsi, les membres du couple évitent de s'exprimer afin de ne pas bouleverser ou mettre leur partenaire en colère. Ils se retrouvent donc face à un manque de communication, alors qu'une meilleure communication serait bénéfique afin de leur permettre de s'ajuster aux changements que la maladie provoque au sein de leur relation (Cano & Leonard, 2006).

Les patients souffrant de douleur chronique qui expriment plus fréquemment leur douleur à leur conjoint rapportent un plus haut niveau de satisfaction conjugale que les

individus qui rapportent moins s'exprimer à propos de leur douleur. Il n'y a pas de différence au niveau de la satisfaction conjugale du conjoint-aidant selon que son partenaire exprime ou non sa douleur. Certains auteurs affirment que l'ouverture à la communication face à l'expression de la douleur et aux émotions provoque généralement un effet positif au sein des relations conjugales qui présentent initialement un niveau de satisfaction conjugale élevé (Newton-John & Williams, 2006). La possibilité pour la personne souffrante de pouvoir verbaliser sa douleur lui procure un grand soutien. En somme, la manifestation de comportements douloureux pourrait consister en un moyen de communication en soi chez l'individu souffrant afin d'obtenir du soutien et des réactions empathiques de la part de son conjoint. Communiquer ses émotions à propos de la douleur serait favorable pour la satisfaction conjugale de l'individu souffrant, alors que l'absence de communication serait nuisible pour les deux partenaires.

Stratégies d'adaptation. Les stratégies d'adaptation seraient étroitement corrélées à l'anxiété. Elles auraient été initialement décrites sur une base empirique, ou encore, sous forme de mécanismes de défense, concepts découlant de la théorie psychanalytique (Haan, 1993). À partir des années 1970, le «coping» aurait plutôt été défini comme un processus dynamique impliquant une interaction continue entre l'individu et son environnement (Lazarus, 1990; Moos & Holahan, 2007). Selon cette vision, les stratégies d'adaptation référerait aux efforts cognitifs et comportementaux que déploie un individu pour faire face à des situations anxiogènes. Les stratégies d'adaptation

seraient donc des facteurs facilitants la résolution d'événements anxiogènes qui permettraient de réduire, contrôler ou tolérer les événements anxiogènes, comme le fait de souffrir de douleur chronique (Lazarus & Folkman, 1991). Selon Lazarus (1993), les stratégies d'adaptation seraient composées de deux dimensions: les stratégies centrées sur les émotions (*emotion-focused*) et les stratégies centrées sur la résolution du problème (*problem-focused*). Les stratégies centrées sur les émotions sont caractérisées par une forme d'adaptation où l'anxiété due à un événement est gérée et palliée par un contrôle émotionnel, sans qu'il soit nécessaire de modifier la situation en soi (p. ex., relaxation, acceptation de soi et de ses limites, pensées positives). Les stratégies centrées sur la résolution du problème (*problem-focused*) sont caractérisées par une forme d'adaptation où l'individu fait face à la situation elle-même afin de diminuer l'anxiété qui en découle (p. ex., application de techniques de résolution de problèmes, planification, gestion du temps).

Dans un contexte de douleur, les stratégies d'adaptation sont définies par le mode de pensée et les comportements utilisés par les individus souffrant afin de contrôler leur douleur ou leurs réactions émotionnelles face à celle-ci, dans le but de diminuer leur détresse émotionnelle (Turner & Clancy, 1986). Pour y parvenir, les individus peuvent adopter des stratégies d'adaptation actives ou passives. Les stratégies d'adaptation actives consistent en des efforts investis par l'individu lui-même afin de poser des actions dans le but de contrôler sa douleur. Les stratégies d'adaptation passives consisteraient au renoncement de la part de l'individu à déployer des efforts afin de

contrôler sa douleur, remettant plutôt son sort entre les mains d'autrui afin de se faire prendre en charge (Brown & Nicassio, 1987; Jensen, Turner, Romano, & Karoly, 1991). Les stratégies d'adaptation actives seraient associées à un niveau plus élevé de fonctionnement, à un niveau élevé de locus de contrôle interne, à un meilleur sentiment d'auto-efficacité, ainsi qu'à un meilleur ajustement face à la maladie (Brown, Nicassio, & Wallston, 1989; Jensen et al., 1991; Weickgenant et al., 1993).

Une typologie des stratégies d'adaptation pour faire face à la douleur a été élaborée par Rosenstiel et Keefe (1983). Cette typologie est composée de cinq stratégies cognitives auxquelles les patients souffrant de douleur chronique peuvent faire appel: le déni, la distraction, la dramatisation, la réinterprétation cognitive et la prière. L'individu faisant appel au déni tentera d'ignorer la souffrance causée par sa maladie, ainsi que les conséquences qui en découlent. La distraction fait référence aux efforts cognitifs qu'un individu déploie afin de détourner son attention de la douleur qu'il ressent, en se remémorant des événements agréables vécus précédemment par exemple. L'individu faisant appel à la dramatisation dirigera principalement son attention sur la douleur qu'il ressent, ceci lui causant des grandes inquiétudes, son discours interne sera généralement dépourvu d'espoir que son état s'améliore. La réinterprétation cognitive se caractérise par les efforts déployés par un individu atteint de douleur chronique de modifier la perception de la douleur qu'il ressent, en s'imaginant qu'elle est l'extérieur à soi par exemple. Finalement, le patient souffrant de douleur chronique peut aussi faire appel à la prière en priant pour que la douleur qu'il ressent s'atténue ou finisse par disparaître.

Les conjoints-aidants utilisent eux aussi des stratégies d'adaptation afin de faire face à la maladie chronique de leur partenaire. Parmi les réactions les plus fréquemment observées du conjoint face à la douleur de son partenaire, on retrouve : la sollicitude, la distraction, la punition, la précision empathique (*empathic accuracy*), l'encouragement à la prise en charge de soi (*empowerment*) et la validation versus l'invalidation émotionnelle (Gauthier et al., 2011; Newton-John & Williams, 2006; Romano et al., 1995; Sullivan et al., 2001). En dépit du fait qu'elles ne soient pas évaluées dans la présente étude, il y a lieu de les définir puisqu'elles ont reçu un appui empirique important.

La sollicitude. La sollicitude est la réaction d'assistance du conjoint lorsque son partenaire exprime de la douleur. Cette assistance se manifeste principalement par de l'attention et de la sympathie de la part du conjoint-aidant face à l'expression de la douleur de son partenaire. La réaction de sollicitude pourrait contribuer à l'augmentation de la fréquence des comportements douloureux (Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000; Gonzales, 1999). Certaines études établissent un lien entre la réaction de sollicitude et un niveau plus élevé de douleur, ainsi qu'une plus grande manifestation des comportements douloureux chez les conjoints souffrant de douleur chronique (Cano & Leonard, 2006). La réaction de sollicitude de la part du conjoint-aidant est aussi associée à la présence de détresse psychologique chez le partenaire en douleur, ainsi qu'à de l'irritabilité et à de la colère face à la douleur qu'il ressent. Le conjoint-aidant qui réagit avec sollicitude peut

renforcer involontairement l'évitement des responsabilités et des activités de son partenaire souffrant de douleur chronique (Lewandowski & Radice, 2012).

Le conjoint-aidant de sexe masculin réagit davantage par de la sollicitude envers sa partenaire que la conjointe-aidante (Newton-John & Williams, 2006). Cela s'expliquerait par le fait que la réaction de sollicitude est principalement suscitée par la communication de la douleur ressentie par le partenaire souffrant (Bigatti, 2000) et les femmes verbaliseraient davantage leur douleur que les hommes (Romano, Jensen, Turner, Good, & Hops, 2000).

La distraction. Le conjoint-aidant qui tente de distraire son partenaire lorsque ce dernier émet des comportements reliés à la douleur pourrait involontairement provoquer une augmentation de la fréquence de ces comportements (Romano et al., 2000). Les tentatives de distraction du conjoint-aidant peuvent aussi provoquer une augmentation de la perception de la douleur, ainsi qu'une diminution du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne du conjoint souffrant (Cano et al., 2000). La réaction de distraction adoptée par le conjoint-aidant est davantage corrélée à la perception d'intensité de douleur du partenaire souffrant de douleur chronique, que lorsque le conjoint-aidant adopte une attitude de sollicitude (Campbell, Simpson, Boldry, & Kashy, 2005). De nombreuses études ont démontré que lorsque le conjoint tente de distraire son partenaire atteint de douleur chronique, il en résulte que l'individu souffrant vit une plus grande invalidité et qu'il ressent davantage de symptômes dépressifs (Molton & Raichle,

2010; Newton-John & Williams, 2006). Le partenaire souffrant pourrait aussi, par la réaction de distraction de son conjoint-aidant, croire que son conjoint est peu préoccupé par sa condition de douleur et cette incompréhension pourrait constituer une source de conflit au sein du couple (Cano et al., 2000; Papas, Robinson, & Riley, 2001).

La punition. Le terme *punition* est utilisé afin de décrire les réactions négatives des conjoints-aidants face à la douleur de leur partenaire qui mènent à la diminution de ces comportements telles : exprimer leur irritation face à la situation douloureuse, être impatient, ou encore manifester de la colère (Cano et al., 2000; Patterson, 2005). Les conjoints-aidants peuvent ressentir des frustrations lorsque la condition douloureuse de leur partenaire perdure et que les changements négatifs de leur style de vie deviennent permanents. Cela pourrait laisser place à l'expression de critiques et d'hostilité envers leur partenaire souffrant (Burns et al., 2013). La réaction de punition de la part du conjoint-aidant peut susciter une augmentation de la fréquence des comportements douloureux de son partenaire, puisque ces punitions consistent généralement en la seule forme d'attention que l'individu en douleur reçoive de son partenaire. Cette forme de réaction provoque généralement des affects dépressifs, ainsi qu'un retrait social chez le partenaire souffrant de douleur chronique (Cano, Johansen, & Geisser, 2004). Les individus en douleur interprètent souvent la réaction de punition de leur partenaire comme un signe que ce dernier se préoccupe peu de leur situation. Ces interprétations peuvent provoquer une diminution de l'intimité entre les membres du couple, de l'insatisfaction conjugale, un détachement du conjoint-aidant dans son rôle de soutien,

ainsi que des symptômes dépressifs chez les deux partenaires (Cano et al., 2005; Cano et al., 2000; Meyer & Paul, 2011).

La précision empathique. Dans un contexte de relation conjugale, la précision empathique (« empathic accuracy ») est définie par le degré auquel le partenaire parvient à déduire les états internes (sentiments, pensées) de son partenaire (Gauthier et al., 2011). La présence et le degré de précision empathique du conjoint-aidant sont influencés par la sévérité de la douleur du partenaire souffrant. Une expression empathique faite avec précision par le conjoint-aidant est associée à des résultats négatifs d'adaptation à la douleur chez l'individu souffrant (Campbell et al., 2005). Il n'y aurait pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la fréquence et la capacité de réagir par précision empathique aux comportements douloureux (Sullivan et al., 2001).

L'encouragement à la prise en charge de soi. Une réaction de la part du conjoint-aidant consiste à encourager la persévérance de son partenaire qui vit de la douleur chronique lorsque ce dernier exerce une tâche, ainsi qu'à l'encourager dans la résolution de ses problèmes. Cette forme de réaction est favorable, puisqu'elle permet à l'individu en douleur de se sentir soutenu par son partenaire. Cette réaction de la part du conjoint-aidant est également un levier précieux dans le traitement. L'encouragement à la prise en charge de soi favorise le déploiement d'efforts de la part du partenaire atteint de douleur chronique à développer ses stratégies d'adaptation face à la douleur (Newton-John &

Williams, 2006). Les patients souffrant de douleur chronique qui reçoivent de l'encouragement de la part de leur partenaire face à leurs comportements de prise en charge rapporteraient une plus faible fréquence de manifestation de leurs comportements douloureux (Molton & Raichle, 2010).

La validation versus l'invalidation émotionnelle. Une réponse empathique du partenaire peut favoriser l'intimité entre les membres du couple dans un contexte de douleur chronique (Cano & Leonard, 2006; Cano & Williams, 2010; Johansen & Cano, 2007). La validation émotionnelle, incluant la réponse empathique, améliorerait le processus de régulation des émotions pour les deux partenaires. La validation émotionnelle permettrait aux membres du couple de traiter les stimuli aversifs et anxiogènes telle la douleur (Fruzzetti & Iverson, 2004). En contrepartie, les interactions caractérisées par l'invalidation émotionnelle telles l'hostilité, le mépris et le rejet de la part du partenaire, perturberaient la régulation émotionnelle (capacité à déclencher, inhiber, maintenir ou moduler ses propres émotions). L'invalidation émotionnelle quant à elle serait associée à une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs chez l'individu en douleur, ainsi qu'à une plus grande sévérité de la douleur (Johansen & Cano, 2007).

Une typologie des stratégies d'adaptation conjugale découlant des analyses théoriques de Folkman et Lazarus nécessite aussi d'être présentée puisqu'elle peut s'appliquer en contexte de douleur chronique, principalement chez les conjoints-aidants.

Trois principales dimensions des stratégies d'adaptation ont été retenues aux fins du présent travail: l'évitement, la réévaluation positive et le soutien social. La stratégie d'adaptation évitement se caractérise par la mise en action comportementale, ou encore par des efforts cognitifs déployés par l'individu afin de se distancer de la source de détresse. Les partenaires de patients souffrant de douleur chronique qui utilisent l'évitement comme stratégie d'adaptation pourraient par exemple, dormir afin d'oublier, ou encore aller faire de la course à pieds afin de pallier au stress généré par le contexte de douleur de leur partenaire. La stratégie d'adaptation de réévaluation positive consiste en une stratégie davantage cognitive où l'individu qui l'adopte peut réfléchir à des stratégies qui lui permettraient de réduire la détresse qu'il vit par la modification de l'élément qui lui apparaissait préalablement anxiogène et négatif, en un défi. La stratégie de soutien se caractérise principalement par la mobilisation d'un individu faisant face à un événement difficile vers autrui, afin d'aller chercher un soutien émotionnel, ou encore afin d'obtenir des conseils dans sa recherche de solutions face à l'événement qui lui cause de la détresse émotionnelle.

Ajustement dyadique et sexualité. La sexualité est un droit humain fondamental et contribue en partie à une vie saine (Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2010). Pour la majorité des hommes et des femmes en bonne santé, la place qu'occupe la sexualité dans leur vie est centrale et contribue à leur qualité de vie. Les patients souffrant de douleur chronique considèrent aussi la sexualité comme un déterminant significatif de leur qualité de vie. Ils perçoivent les moments d'intimité comme étant un

mode de communication important avec leur conjoint (Cano & Williams, 2010). Cependant, les rapports intimes entre les membres du couple sont fréquemment modifiés en raison de la douleur et de la fatigue que ressent la personne atteinte de fibromyalgie ou de lombalgie. Tel que mentionné précédemment, les patients souffrant de douleur chronique présentent une forte prévalence de symptômes dépressifs. Ces symptômes peuvent provoquer une baisse de la libido, ou encore une baisse du désir sexuel (Averill, Novy, Nelson, & Berry, 1996; Bahouq, Fadoua, Hanan, Ihsane, & Najia, 2013). Les conséquences liées à la dépression, ainsi que la douleur et la fatigue présentes chez les individus atteints de fibromyalgie ou de lombalgie, peuvent considérablement influencer la fréquence des relations sexuelles entre les partenaires (Margot-Duclot, 2013; Maruta et al., 1981). Une étude menée en 1999 comportant un échantillon de 45 individus atteints de douleur chronique a démontré que plus de la majorité (76%) de l'échantillon rapportait une peur de ne pas être performant lors d'activité sexuelle avec leur partenaire (Monga, Monga, Tan, & Grabois, 1999). La peur que les relations sexuelles augmentent la douleur était rapportée par 56% de ce même échantillon, alors que 64% d'entre eux révélaient ressentir une augmentation de leurs symptômes douloureux suite au rapport sexuel avec leur partenaire (Monga et al., 1999). Une autre étude menée par Maruta et ses collaborateurs (1981) basée sur un échantillon de 50 individus atteints de douleur chronique et leurs conjoints-aidants a révélé que la majorité de ces derniers se considéraient satisfaits de leur vie sexuelle avant l'apparition de la douleur chronique au sein de leur couple. Par ailleurs, lorsque la douleur chronique était présente au sein de leur relation depuis au moins six mois, la moitié de ces couples se considéraient

insatisfaits de leur vie sexuelle : 84% des conjoints-aidants et 78% des individus atteints de douleur chronique rapportaient une diminution considérable, ou encore une absence complète d'activité sexuelle. De plus, 65% des conjoints-aidants et 25% des patients souffrant de douleur chronique rapportaient une diminution significative de leur satisfaction conjugale depuis l'apparition de la douleur au sein de leur relation.

Bien qu'une diminution de la fréquence des rapports sexuels entre les partenaires puisse être observée au sein des couples dont un des membres souffre de fibromyalgie ou de lombalgie, certaines études permettent d'observer la présence d'une grande satisfaction conjugale chez les membres du couple dont l'un d'eux souffre de douleur chronique (Lewandowski et al., 2007; Smith, 2003). Certains auteurs évoquent que les patients souffrant de douleur chronique seraient plus satisfaits de leur relation conjugale que les membres des couples de la population générale (Boonstra, Reneman, Stewart, Post, & Schiphorst Preuper, 2013; Payne & Norfleet, 1986). Les couples dont l'un des membres est atteint de douleur chronique s'accorderaient davantage d'attention, compte tenu que leurs activités extérieures sont réduites. Les patients souffrant de douleur chronique recevraient plus d'affection de leur partenaire compte tenu de leur situation de santé, ce qui pourrait expliquer cette plus grande satisfaction. Ceci suggère que ce ne serait pas la fréquence et la performance des rapports sexuels, mais plutôt les rapports affectifs entre les membres du couple qui détermineraient la satisfaction conjugale. Dans certains cas, les difficultés au niveau de la vie sexuelle du couple aux prises avec de la douleur chronique peuvent être perçues par les membres comme étant des déterminants

significatifs de l'augmentation de la proximité. Pour les hommes atteints de douleur chronique, leur maladie peut être perçue comme une raison légitime de rechercher de la sympathie auprès de leur partenaire (Feinauer & Steele, 1992). La diminution de l'intimité sexuelle laisse donc place à une plus grande intimité émotionnelle, ce qui peut être favorable pour les deux partenaires (Boonstra et al., 2013; Newton-John & Williams, 2006).

De nombreuses études ont exploré la nature du lien entre la douleur et la satisfaction conjugale, connue aussi sous le terme ajustement dyadique. L'ajustement dyadique réfère à la qualité de la relation conjugale, déterminée par la satisfaction perçue par chaque partenaire (Eid & Boucher, 2012). L'évaluation subjective de la qualité de la relation par les membres de la dyade peut être influencée par plusieurs facteurs : les tensions et les conflits au sein du couple, l'anxiété ressentie, ainsi que la cohésion, la satisfaction et le consensus entre les membres du couple (Spanier, 1976). L'ajustement dyadique est composé de plusieurs dimensions (Funk & Rogge, 2007; Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). La satisfaction conjugale est fréquemment employée comme synonyme de l'ajustement dyadique, même si elle ne constitue que l'une de ses composantes, bien que majeure, de l'ajustement (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). La définition de la satisfaction conjugale comporterait un caractère subjectif, étant influencée par la perception des membres du couple quant à leur degré de satisfaction mutuelle de leur relation (Spanier, 1976). L'ajustement

dyadique évoluerait sur un continuum selon les événements de la vie. Cela ne consisterait donc pas en un trait, mais bien en un état.

Dans un contexte de douleur, l'ajustement dyadique peut être influencé par le degré d'incapacité du conjoint souffrant et par son ajustement psychologique face à la maladie (Manne & Zautra, 1990). Par exemple, les femmes atteintes de douleur chronique qui considèrent leur relation conjugale comme étant insatisfaisante rapporteraient une plus grande intensité de douleur que les femmes atteintes de douleur chronique se disant satisfaites de leur relation conjugale (Nottingham, 2009). Les conflits conjugaux affecteraient directement le système immunitaire et l'adhérence aux traitements médicaux (Newton, Kiecolt-Glaser, Glaser, & Malarkey, 1995). Par ailleurs, les conjoints-aidants qui sont satisfaits de leur relation conjugale réagiraient davantage avec sollicitude face à leur partenaire en douleur que les conjoints-aidants insatisfaits de leur relation (Perlmutter-Kalina, 2007). Les hommes souffrant de douleur chronique qui se considèrent satisfaits de leur relation conjugale et dont leur conjointe réagit à leurs comportements douloureux par distraction rapportent plus de douleur que les hommes souffrant de douleur chronique dont leur conjointe adopte le même style réactionnel, mais qui sont insatisfaits de leur relation conjugale (Newton-John & Williams, 2006; Romano et al., 1995). Lorsque le patient souffrant de douleur chronique présente un faible niveau de satisfaction conjugale et que son partenaire réagit fréquemment par punition lorsqu'il manifeste des comportements douloureux, le patient souffrant ressentirait des symptômes dépressifs sévères et fréquents. Par ailleurs, si le patient

souffrant de douleur chronique présente un niveau élevé de satisfaction conjugale, il ressentira moins de symptômes dépressifs, malgré le fait que son partenaire réagisse fréquemment par punition face à ses comportements douloureux (Molton & Raichle, 2010). Ainsi, la satisfaction conjugale agirait à titre de variable modératrice sur l'intensité de la douleur, les symptômes dépressifs, tout en favorisant une réaction de sollicitude de la part du conjoint-aidant.

Dans la présente étude, différentes variables chez les conjoints-aidants, soient l'attachement, la communication, les stratégies d'adaptation et l'ajustement dyadique seront étudiées en relation avec l'intensité et l'interférence de la douleur rapportée par son partenaire. La nature ainsi que la véracité des relations entre ces différentes variables seront vérifiées.

Objectifs et hypothèses de recherche

La présente étude répond à trois objectifs de recherche. Le premier objectif s'intéresse aux relations entre les différentes variables des conjoints-aidants mises à l'étude. La documentation scientifique révèle, par exemple, des liens entre l'ajustement dyadique et certaines variables de communication et d'attachement. Dans le but de vérifier cet objectif, les hypothèses sont énoncées de la façon suivante :

1. L'ajustement dyadique des conjoints-aidants sera négativement relié à leur anxiété d'abandon, à leur évitement de la proximité, ainsi qu'aux patrons de communication impliquant du retrait.

2. L'ajustement dyadique des conjoints-aidants sera positivement corrélé à la communication positive.
3. L'évitement de la proximité sera positivement corrélé aux patrons de communication impliquant du retrait.

Selon la documentation scientifique, plus l'intensité et l'interférence de la douleur sont élevées, plus le conjoint-aidant rapporte des difficultés sur le plan de la communication, des stratégies d'adaptation et de la satisfaction conjugale. De plus, les stratégies d'adaptation du patient souffrant de douleur chronique seront reliées à celles utilisées par le conjoint-aidant pour faire face aux difficultés découlant de la douleur de son partenaire. Nous examinerons donc la nature des relations entre certaines de ces variables en stipulant les hypothèses suivantes :

1. L'intensité et l'interférence de la douleur rapportées par le patient seront négativement corrélées à l'ajustement dyadique du conjoint-aidant.
2. L'intensité, l'interférence de la douleur et la stratégie d'adaptation dramatisation chez le patient souffrant de douleur chronique seront positivement reliées à l'évitement comme stratégie d'adaptation chez le conjoint-aidant.
3. La stratégie d'adaptation de dramatisation chez le patient souffrant de douleur chronique sera positivement corrélée à l'anxiété d'abandon chez le conjoint-aidant.

Le troisième objectif consiste à évaluer empiriquement un modèle interactionnel comprenant les variables du patient souffrant de douleur chronique et celles du conjoint-aidant. Jusqu'à présent, dans la documentation scientifique, aucune étude n'a proposé un tel modèle faisant état des relations entre les variables des deux partenaires. À partir des différentes corrélations, un modèle acheminatoire a été créé afin de vérifier la contribution des variables du patient souffrant de douleur chronique et celles du conjoint-aidant à l'explication de l'adaptation conjugale de ce dernier. Le modèle proposé stipule que les stratégies d'adaptation du conjoint-aidant joueront un rôle médiateur entre la douleur ressentie par le patient et les comportements du conjoint-aidant. Plus spécifiquement, la douleur du patient est reliée à l'utilisation de l'évitement comme stratégie d'adaptation chez le conjoint-aidant. Cette dernière variable agit à titre de variable médiatrice entre la douleur rapportée par le patient et les représentations d'attachement du conjoint-aidant, qui en retour, sont liées à son ajustement dyadique.

Méthode

Cette section présente la méthode qui a été utilisée aux fins de cette recherche. Différentes informations relatives à l'échantillon ainsi qu'aux instruments de mesure utilisés seront présentées.

Participants et déroulement

Cette étude a été menée auprès de 53 couples hétérosexuels où l'un des partenaires est atteint de fibromyalgie ou de lombalgie. Dans le cadre de cette étude, les patients souffrant de douleur chronique étaient tous inscrits au programme PASSAGE (programme d'apprentissage de stratégies d'autogestion efficaces). Ils avaient reçu préalablement un diagnostic médical de fibromyalgie ou de lombalgie par un médecin. Les critères d'inclusion pour participer à cette étude étaient les suivants : être âgé de 18 ans et plus, être en relation conjugale, avoir été référé par un médecin ou par un professionnel de la santé et avoir préalablement reçu un diagnostic de fibromyalgie ou de lombalgie. D'abord, tous les participants ont été rencontrés afin de leur fournir des explications écrites et verbales quant au déroulement de l'étude. À ce moment, le respect de la confidentialité des réponses a été assuré aux participants et ces derniers ont complété un formulaire de consentement approuvé par un comité d'éthique de la recherche (CER) sur l'humain de l'université de Sherbrooke (CHUS). Les

questionnaires leur ont ensuite été remis en main propre et ils devaient les retourner par la poste après les avoir complétés.

Instruments de mesure

Une série de questionnaires a été administrée spécifiquement aux participants souffrant de lombalgie ou de fibromyalgie, alors qu'une autre série de questionnaires évaluait les différentes variables auprès des conjoints-aidants. Ces questionnaires comportaient divers items de nature sociodémographique.

L'administration de questionnaires auprès des conjoints-aidants visait essentiellement à recueillir des données permettant d'évaluer la perception et la satisfaction de ces derniers quant à leur relation conjugale. Dans la présente recherche, quatre instruments de mesure validés ont été utilisés afin d'évaluer l'expérience d'attachement amoureux, l'ajustement dyadique, les stratégies d'adaptation et la communication des conjoints-aidants.

Expérience d'attachement amoureux

L'attachement est mesuré à l'aide du questionnaire sur les expériences amoureuses (Brennan et al., 1998). La version française a été validée par Lafontaine et Lussier (2003). Cet instrument évalue l'attachement amoureux à l'aide de 36 items divisés en deux dimensions: l'anxiété d'abandon (18 items) et l'évitement d'intimité (18 items). La cotation s'effectue selon une échelle de Likert en sept points allant de

1 «fortement en désaccord» à 7 «fortement en accord». Un score pour chacune de ces deux dimensions est obtenu à partir de la moyenne de leurs items. Un score plus élevé indique la présence d'évitement et/ou d'anxiété plus intense. Les points de coupure, soient à 3.5 pour l'anxiété d'abandon et à 2.5 pour l'évitement de la proximité, ont permis de dégager quatre styles d'attachement (sécurisé, détaché, craintif et préoccupé). La traduction française possède une bonne cohérence interne pour les deux dimensions (anxiété d'abandon $\alpha = 0,86$ à $0,89$; évitement de l'intimité : $\alpha = 0,85$ à $0,89$). Dans cette étude, les coefficients alpha obtenus sont de $0,89$ pour la dimension anxiété d'abandon et de $0,91$ pour la dimension évitement de l'intimité. Le questionnaire possède aussi des bons indices au niveau de la validité de construit, convergente et prédictive (Lafontaine & Lussier, 2003).

Communication

La communication est mesurée à l'aide du questionnaire sur les patrons de communication (Lussier, 1995; Sullaway & Christensen, 1983). Cet instrument permet d'évaluer la perception des membres du couple quant à leur communication dyadique lorsqu'ils font face à des problèmes conjugaux (Christensen & Shenk, 1991). Cet instrument comprend 11 items divisés en quatre sous-échelles : la communication positive (4 items), le total demande/retrait (6 items), individu en douleur demande/retrait (3 items) et conjoint-aidant demande/retrait (3 items). Une somme est effectuée pour les items spécifiques à chaque sous-échelle afin d'obtenir les scores qui leurs sont propres. La cotation s'effectue à partir d'une échelle de type Likert constituée de 9 points allant

de 1 «très improbable» à 9 «très probable». Cinq items évaluent les patrons de communication symétriques entre l'homme et la femme (p. ex., la communication mutuelle des émotions, l'évitement mutuel de la communication, ...) et trois paires d'items évaluent les patrons de communication complémentaires et donc asymétriques (demande/retrait, discussion/évitement et critique/défense). Des recherches précédentes ayant utilisées le CPQ-SF ont démontré que cet instrument présente une validité et une fidélité acceptables (Christensen, 1987, 1988; Heavey, Shenk, & Christensen, 1994; Sullaway & Christensen, 1983). Le CPQ-SF présente des alphas variant entre 0,50 et 0,85. Dans la présente étude, des coefficients alpha adéquat ont été obtenus de 0,77 pour la dimension communication positive, 0,70 pour la dimension totale demande/retrait et 0,74 pour la dimension conjoint-aidant demande/retrait et une consistance interne faible de 0,52 pour la sous-échelle mesurant la dimension individu en douleur demande/retrait.

Des variables différentes ont été mesurées chez les participants souffrant de douleur chronique. Ces derniers étaient questionnés quant à l'intensité et aux conséquences associées à leur douleur, ainsi qu'aux stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour faire face à leur douleur, à partir des instruments suivants.

Stratégies d'adaptation chez les conjoints-aidants

Les stratégies d'adaptation sont mesurées à l'aide de la version abrégée (Bouchard, Sabourin, & Lussier, 1995) du questionnaire de Folkman et Lazarus (1988). Ce questionnaire représente l'un des instruments mesurant les stratégies d'adaptation le

plus largement utilisé jusqu'à ce jour (de Ridder, 1997; Stone, Kennedy-Moore, Newman, Greenberg, & Neale, 1992). Cet instrument permet de mesurer les réactions réelles d'un individu dans une situation, plutôt qu'évaluer ses réactions typiques, ou encore ce qu'il aurait pensé faire. La version abrégée est composée de 21 items qui s'adresse spécifiquement aux conjoints-aidants afin d'évaluer les stratégies adaptatives cognitives et comportementales qu'ils utilisent face à la douleur de leur partenaire. «J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation» ou encore, «J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin» sont des exemples d'items de cet instrument. Une échelle de type Likert en quatre points allant de 0 «pas utilisé» à 3 «beaucoup utilisé» est utilisée pour la cotation. Un score pour chacune des dimensions (le soutien, la réévaluation positive et l'évitement) est obtenu à partir de la moyenne de leurs items qui leur sont propres. Le questionnaire de Folkman et Lazarus est l'un des instruments auto-rapportés le plus utilisé afin d'identifier les pensées et les actions adoptées par l'individu afin de faire face à des situations anxiogènes. Cet instrument évalue à la fois les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions, que celles centrées sur le problème. Selon les auteurs, ce questionnaire aurait une bonne validité puisque les stratégies d'adaptation décrites par les items consisteraient en des stratégies rapportées par les individus comme étant utilisées pour faire face aux événements anxiogènes. Puisque le processus d'adaptation est variable en soi, l'évaluation de la fidélité test-retest ne peut s'appliquer à cet instrument. La version française abrégée de Bouchard et al. (1995) présente des coefficients de consistance interne de 0,76 pour l'évitement, 0,80 pour la réévaluation positive et de 0,85 pour le soutien social. Dans la présente étude, les

coefficients de consistance interne obtenus sont de 0,74 pour l'évitement, 0,87 pour la réévaluation positive et de 0,82 pour le soutien social. En dépit de l'utilisation très répandue de cet instrument, très peu de chercheurs ont administré le WCQ à leurs participants en contexte d'étude sur les maladies chroniques (Mishel & Sorenson, 1993; Wineman, Durand, & McCulloch, 1994) telles la fibromyalgie et la lombalgie.

Ajustement dyadique

L'ajustement dyadique est évalué à l'aide de l'échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976). Ce questionnaire est l'un des instruments de recherche les plus utilisés afin d'évaluer l'ajustement conjugal. La version française de cet instrument a été validée par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Il contient 32 items permettant aux cliniciens et aux chercheurs d'obtenir une vision du fonctionnement général des relations conjugales en quatre sous-échelles. Le consensus mesure l'entente entre les partenaires envers les domaines importants de la relation (religion, budget, etc.). L'expression affective évalue le degré de satisfaction des membres de la dyade quant aux échanges affectifs et sexuels dans la relation. La cohésion mesure le degré de satisfaction des partenaires quant à la quantité et à la qualité des activités communes. La satisfaction évalue la perception du conjoint dans la situation actuelle de sa vie conjugale et le désir de poursuivre sa relation. Les items sont présentés sous plusieurs types d'échelles de Likert. Le score global incluant ces quatre dimensions est calculé à partir de la somme des résultats obtenus pour chaque dimension. Le score global peut se situer sur un intervalle variant de 0 à 151. Un score supérieur ou égal à 100 indique que le répondant

est satisfait de sa relation conjugale, alors qu'un score inférieur à 100 indique que le répondant est insatisfait de sa relation conjugale (Spanier, 1976). Cet instrument présente des propriétés psychométriques adéquates (Sabourin et al., 2005). Selon Spanier (1976), cet instrument posséderait des coefficients alpha de fidélité variant entre 0,61 et 0,91. Par ailleurs, le coefficient de consistance interne obtenu dans le cadre de cette présente étude est de 0,92.

Douleur

Deux questionnaires ont permis d'évaluer la douleur des participants souffrant de lombalgie ou de fibromyalgie, soit un questionnaire mesurant l'intensité de la douleur et le second mesurant l'interférence de la douleur. Le questionnaire évaluant l'intensité de la douleur, élaboré aux fins de l'étude, possède trois items (la douleur que vous ressentez maintenant; la douleur que vous avez ressentie en moyenne ou en général au cours des sept derniers jours; la pire douleur que vous avez ressentie au cours des sept derniers jours). La cotation s'effectue à partir d'une échelle allant de 0 «aucune douleur» à 10 «la pire douleur possible». Dans cette étude, un coefficient alpha de 0,87 a été obtenu pour ce questionnaire.

L'interférence de la douleur sur les activités de la vie quotidienne des participants est évaluée à partir de l'instrument «Brief Pain Inventory» (BPI) (Cleeland & Ryan, 1994; Poundja, Fikretoglu, Guay, & Brunet, 2007). Il est demandé aux participants d'évaluer, à partir de dix items, les impacts de la douleur sur différentes

sphères de leur vie au cours de la dernière semaine (activité générale, humeur, sommeil, travail, capacité à marcher, relations avec les autres, goût de vivre, soins personnels, activités récréatives et activités sociales). La cotation s'effectue à partir d'une échelle en 10 points allant de 0 «n'interfère pas» à 10 «interfère complètement». Un score total est calculé. Un score élevé indique une interférence élevée de la douleur sur les activités de la vie quotidienne. Les études scientifiques obtiennent normalement un coefficient alpha supérieur à 0,80 et dans la présente étude, un coefficient alpha de 0,89 a été obtenu.

Stratégies d'adaptation chez les individus en douleur

Les individus en douleur sont questionnés quant aux stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour faire face à leur douleur à partir de l'instrument de Rosenstiel et Keefe (1983). Cet instrument a été choisi en raison du fait qu'il comporte plus de dimensions permettant de mieux préciser les réactions des patients souffrant de douleur chronique. Cet instrument comprend 48 items répartis dans cinq sous-échelles : déni (5 items), distraction (5 items), dramatisation (4 items), réinterprétation (4 items) et prière (3 items). Une somme est effectuée pour les items propres à chaque sous-échelle afin d'obtenir les scores spécifiques à chacune d'entre elle. La cotation s'effectue à partir d'une échelle de type Likert constituée de quatre points afin de mesurer la fréquence d'utilisation des différentes stratégies d'adaptation allant de 0 «jamais» à 3 «souvent». Dans la présente étude, des coefficients alpha adéquats ont été obtenus pour la dimension mesurant le déni ($\alpha = 0,77$), la sous-échelle distraction ($\alpha = 0,70$) et la dimension mesurant la dramatisation ($\alpha = 0,74$), alors que des coefficients faibles de

0,52 ressortent pour la sous-échelle réinterprétation et de 0,64 pour la sous-échelle prière.

Résultats

Dans un premier temps, le portrait sociodémographique des participants à l'étude sera présenté. Dans un second temps, des analyses descriptives seront présentées afin de dresser un portrait global des participants à l'aide des moyennes et écart-types pour les différentes variables à l'étude. Dans un troisième temps, afin de répondre aux principaux objectifs de cette recherche, une présentation des différentes corrélations entre les variables d'ajustement dyadique, d'attachement, de communication et de stratégies d'adaptation sera effectuée. Finalement, les liens entre ces variables et les variables de douleur seront présentés.

L'âge moyen des participants souffrant de fibromyalgie ou de lombalgie était de 53,86 ans ($ET = 10,59$), alors que les conjoints-aidants étaient âgés en moyenne de 54,24 ans ($ET = 11,56$). Tous les répondants de cette étude possédaient un statut civil marié ou en union de fait. La moyenne de la durée de relation des couples à l'étude était de 23,5 ans ($ET = 13,2$ ans). De l'échantillon total, 24 (22,6%) des participants étaient atteints de fibromyalgie, alors que 29 (27,4%) étaient atteints de lombalgie. En ce qui a trait au sous-échantillon étant atteint de fibromyalgie, 22 (91,7%) étaient des femmes alors que 2 (8,3%) étaient des hommes. Le sous-échantillon étant atteint de lombalgie était composé de 11 (37,9%) femmes et de 18 (62,1%) hommes. En somme, il y avait 20 conjointes-aidantes et 33 conjoints-aidants. De tous les conjoints-aidants, 13 (24,5%)

rapportaient que leur partenaire souffrait de lombalgie ou de fibromyalgie au début de leur relation et ce, depuis en moyenne moins de 5 ans.

Concernant le statut d'emploi, les données recueillies auprès des patients souffrant de douleur chronique indiquaient que 47,75% d'entre eux travaillaient (31,8% travaillaient à temps complet, 15,95% travaillaient à temps partiel), 31,8% étaient retraités, alors que 20,9% des autres participants indiquaient qu'ils travaillaient à la maison (2,3%), qu'ils étaient étudiants (2,3%), qu'ils occupaient un statut d'invalidité permanent (9,1%) ou qu'ils étaient sans emploi (4,5%) ou autres. En ce qui a trait aux données recueillies auprès des conjoints-aidants, celles-ci indiquaient que 66,6% d'entre eux travaillaient (58,3% travaillaient à temps complet, 8,3% travaillaient à temps partiel), 20,8% étaient retraités et 12,6% d'entre eux travaillaient à domicile, étaient étudiants, vivaient une invalidité temporaire ou permanente, étaient sans emploi, mis à pieds, ou encore bénévoles. Le revenu familial annuel moyen des répondants de cette étude était près de 50 000\$. De tous les répondants, 24% possédaient un revenu se situant entre 35 000\$ et 49 999\$, 8% avaient un revenu annuel de moins de 20 000\$, 20% avaient un revenu entre 20 000\$ et 34 999\$, 34% avaient un revenu se situant entre 50 000\$ et 99 999\$, alors que 14% des répondants possédaient un revenu de 100 000\$ et plus.

Analyses descriptives

Le Tableau 1 présente les moyennes et les écarts-type des différentes variables à l'étude. Pour l'échelle d'ajustement dyadique, en se basant sur le point de coupure de 100, les résultats révèlent que les conjoints-aidants se situent à un niveau moyen de satisfaction conjugale ($M = 108,38$) et que près du quart d'entre eux (26%, $n = 14$) sont perturbés par leur relation conjugale. Ces résultats indiquent que 26% de notre échantillon se considèrent malheureux dans leur relation de couple, alors que les trois quarts de notre échantillon se considèrent heureux. En ce qui a trait aux résultats du questionnaire qui mesure les deux dimensions de l'attachement (anxiété d'abandon et évitement de la proximité), la moyenne des items a été calculée. Considérant que le score maximal des items est de 7, une moyenne de 2,94 ($ET = 1,10$) a été obtenue pour l'anxiété d'abandon. En ce qui a trait à la dimension de l'évitement de la proximité, une moyenne de 2,62 ($ET = 1,02$) est retrouvée. À partir de ces deux dimensions, il est possible de conceptualiser l'attachement en quatre catégories, soient : sécurisé, détaché, craintif et préoccupé (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998). De ces quatre styles d'attachement il y a 43,4% ($n = 23$) des conjoints-aidants qui présentent un style d'attachement sécurisé, 34% ($n = 18$) présentent un style d'attachement détaché, 18,9% ($n = 10$) présentent un style d'attachement craintif et 3,8% ($n = 2$) présentent un style d'attachement préoccupé. En ce qui concerne les stratégies d'adaptation utilisées par les conjoints-aidants et considérant que le score maximal des items est de 3, les résultats indiquent que ces derniers font davantage appel à l'utilisation de stratégies de

Tableau 1

Moyennes et écarts types des variables des conjoints-aidants à l'étude (N = 53)

Variables	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Ajustement dyadique	108,38	14,90
Attachement		
Anxiété d'abandon	2,94	1,10
Évitement de la proximité	2,62	1,02
Stratégies d'adaptation		
Soutien	0,50	0,54
Réévaluation positive	0,89	0,63
Évitement	0,68	0,57
Communication		
Communication positive	12,83	5,03
Conjoint-aidant demande-retrait	11,62	5,73
Individu en douleur demande-retrait	10,47	4,68

réévaluation positive ($M = 0,89$), alors que le recours au soutien social représente la stratégie d'adaptation la moins utilisée par l'échantillon ($M = 0,50$). Quant aux patrons de communication, le patron total demande-retrait, c'est-à-dire le patron de communication où les tentatives de discussion de la part d'un membre du couple provoquent le retrait de l'autre membre, représente celui le plus fréquent ($M = 22,09$). Par ailleurs, les tentatives de la part des conjoints-aidants d'amorcer une discussion avec

leur partenaire résultant le retrait du partenaire (individu en douleur demande/retrait) représente le patron de communication le moins fréquent dans cette étude ($M = 10,47$).

Analyses inférentielles

Cette section débutera par la présentation des corrélations entre les variables des conjoints-aidants à l'étude. Par la suite, les corrélations entre les variables du patient souffrant de douleur chronique et celles du conjoint-aidant seront présentées. Cette section se terminera par la présentation d'une analyse transactionnelle acheminatoire.

La première hypothèse stipule l'existence de liens significatifs positifs entre l'ajustement dyadique, les variables d'attachement, les variables de communication, ainsi que les stratégies d'adaptation chez les conjoints-aidants. Le Tableau 2 présente les corrélations entre ces variables auprès des conjoints-aidants à l'étude. En ce qui a trait aux corrélations significatives, l'ajustement dyadique du conjoint-aidant est relié négativement à l'anxiété d'abandon, à l'évitement de la proximité, aux patrons de communication demande-retrait (le conjoint-aidant indique que le patient souffrant de douleur chronique fait des demandes au conjoint-aidant qui évite ou se retire de la communication) et conjoint demande-retrait (le conjoint-aidant fait des demandes au patient souffrant de douleur chronique qui évite, ou se retire de la communication). Ces résultats montrent que plus l'ajustement dyadique est élevé (consensus, expression affective, cohésion et satisfaction), moins les conjoints-aidants vivent d'anxiété, moins ils évitent la proximité et moins il y a présence de patrons de communication à la fois

individu en douleur demande-retrait, que conjoint-aidant demande-retrait. L'ajustement dyadique est corrélé positivement à la communication positive, c'est-à-dire que le conjoint-aidant satisfait de sa relation conjugale fera davantage appel au patron de communication positive avec son partenaire.

L'anxiété d'abandon est reliée de façon positive à l'évitement de la proximité, ainsi qu'à la stratégie d'adaptation d'évitement. L'évitement de la proximité du conjoint-aidant est corrélé de façon positive aux patrons de communication individu en douleur demande-retrait et conjoint-aidant demande-retrait, ainsi qu'à sa propre utilisation de la stratégie d'adaptation d'évitement. Ainsi, plus l'évitement de la proximité est élevé chez le conjoint-aidant, plus ce dernier se retirera lorsqu'un contexte de communication se présentera avec son partenaire et plus il utilisera des stratégies d'adaptation évitantes dans ses réactions face à son partenaire en douleur. Par ailleurs, l'évitement de la proximité est corrélé négativement à la communication positive.

Les analyses présentées au Tableau 2 indiquent également une relation significative positive entre deux patrons de communication tels que perçus par le conjoint-aidant : individu en douleur demande/retrait et conjoint-aidant demande/retrait. Ceci indique que plus un des membres du couple se retire lorsque le partenaire tente de discuter avec lui, plus ce dernier se retirera à son tour lorsque le membre qui s'était préalablement retiré tentera d'amorcer une discussion.

Tableau 2

Corrélations entre les variables d'ajustement dyadique, d'attachement, de communication et de stratégies d'adaptation chez les conjoints-aidants

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Ajustement dyadique							
2. Anxiété d'abandon	-0,29*						
3. Évitement de la proximité	-0,62***	0,47***					
4. Communication positive	0,64***	-0,13	-0,50**				
5. Individu en douleur demande- retrait	-0,29*	0,19	0,30*	-0,15			
6. Conjoint-aidant demande-retrait	-0,42**	0,23	0,40**	-0,25	0,35*		
7. Coping évitant	-0,14	0,60***	0,40**	-0,10	0,25	0,16	
8. Réévaluation	0,16	0,06	-0,01	0,11	-0,17	-0,23	0,11

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

En ce qui a trait à l'hypothèse qui stipule la présence d'une relation positive entre les variables du patient souffrant de douleur chronique et celles du conjoint-aidant, très peu de corrélations significatives sont trouvées. L'intensité de la douleur, l'interférence de la douleur et les stratégies d'adaptation (douleur, distraction, dramatisation, réinterprétation et prière) sont les variables du participant en douleur qui ont été analysées dans cette étude. Les variables du conjoint-aidant qui ont été retenues pour ces analyses sont les suivantes : l'ajustement dyadique, l'anxiété d'abandon, l'évitement de

la proximité, différents patrons de communication, soient : la communication positive, conjoint-aidant demande-retrait et individu en douleur demande-retrait, ainsi que l'évitement, la réévaluation positive et le soutien comme stratégie d'adaptation. Il n'y a pas de relation significative entre, d'une part, l'intensité et l'interférence de la douleur, ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées par les participants atteints de fibromyalgie ou de lombalgie et, d'autre part, l'ajustement dyadique, l'évitement de la proximité, le soutien, la réévaluation positive et les patrons de communication : communication positive et conjoint-aidant demande-retrait chez les variables mesurées chez les conjoints-aidants. Toutefois, il existe une relation positive entre la présence d'anxiété d'abandon chez le conjoint-aidant et la prière comme stratégie d'adaptation ($r = 0,28$, $p < .05$) chez le partenaire en douleur. Donc, plus le conjoint-aidant vit de l'anxiété d'abandon, plus son partenaire fera appel à la prière afin de pallier à sa douleur.

Des relations entre l'évitement comme stratégie d'adaptation utilisée par le conjoint-aidant et les variables à l'étude chez l'individu en douleur se sont révélées significatives, soient : l'intensité de la douleur ($r = 0,38$, $p < 0,01$) et l'interférence de la douleur ($r = 0,47$, $p < 0,001$) et le coping dramatisation ($r = 0,47$, $p < 0,001$). Finalement, l'interférence de la douleur présente aussi une relation significative et positive avec le patron de communication individu en douleur demande-retrait ($r = 0,29$, $p < 0,05$).

Tableau 3

Corrélations entre les variables de douleur de l'individu en douleur et celles du conjoint-aidant

Conjoint-aidant	Individu en douleur	
	Intensité	Douleur Interférence
Ajustement dyadique	0,03	-0,11
Attachement		
Anxiété d'abandon	0,17	0,14
Évitement de la proximité	0,16	0,20
Communication		
Positive	0,09	-0,10
Individu en douleur demande/retrait	0,24	0,29*
Conjoint-aidant demande/retrait	-0,19	0,11
Stratégies d'adaptation		
Évitant	0,38**	0,47***
Réévaluation positive	-0,03	0,02
Soutien	0,07	0,10

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 4

Corrélations entre les variables de stratégies d'adaptation de l'individu en douleur et les variables du conjoint-aidant

Individu en douleur					
Stratégies d'adaptation					
Conjoint-aidant	Douleur	Distraction	Dramatisation	Réinterprétation	Prière
Ajustement dyadique	0,04	0,09	0,01	0,06	-0,03
Attachement					
Anxiété d'abandon	-0,26	0,17	0,17	-0,01	0,28*
Évitement de la proximité	-0,01	0,19	0,19	-0,03	0,03
Communication					
Positive	0,07	-0,02	0,10	0,03	0,02
Individu en douleur	-0,08	0,03	0,12	-0,15	0,08
demande/retrait					
Conjoint-aidant	-0,02	0,06	-0,11	-0,07	-0,12
demande/retrait					
Stratégies d'adaptation					
Évitant	-0,21	0,07	0,47***	0,04	0,17
Réévaluation positive	0,06	0,16	0,09	0,06	0,22
Soutien	0,12	0,12	0,00	0,08	0,12

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

En se basant sur la documentation scientifique quant à la relation existant entre la douleur vécue par l'individu atteint de fibromyalgie ou de lombalgie et les stratégies

d'adaptation du conjoint-aidant, cette étude a tenté de dégager de manière exploratoire un modèle empirique entre les variables de l'individu en douleur et celles du conjoint-aidant. Les liens significatifs entre certaines variables du patient souffrant de douleur chronique et celles du conjoint-aidant dans la matrice de corrélations du Tableau 2, notamment le coping évitant, ont aussi contribué à l'élaboration du modèle prévisionnel de l'ajustement dyadique du conjoint-aidant. Ce modèle stipule que la douleur du patient est reliée aux stratégies d'évitement du conjoint-aidant qu'il utilise pour faire face aux difficultés entourant la douleur de son partenaire. Ce type de stratégies se répercute sur ses représentations d'attachement envers son partenaire, qui en retour est lié à son ajustement conjugal. Ce modèle acheminatoire a été estimé à l'aide du logiciel AMOS 22. L'analyse acheminatoire consiste en une méthode qui transpose sous forme de modèle des systèmes de relations entre des variables, en décomposant les covariances et les corrélations en termes de paramètres à estimer. Le modèle acheminatoire permet d'obtenir des distinctions entre des effets directs, indirects et totaux d'une variable sur une autre (Bollen, 1989). Les résultats de ce modèle sont présentés à la Figure 1. Plusieurs indices permettent de juger si le modèle s'ajuste bien aux données recueillies auprès de l'échantillon. D'abord, le χ^2 doit être non significatif, ce qui est le cas dans le présent modèle : $\chi^2 = 4,345$, $p = 0,50$. Tel que mentionné par Hu et Bentler (1999), des valeurs pour l'indice d'ajustement comparatif (CIF, *Comparative fit indice*) égales ou supérieures à 0,95 sont idéales. Le présent modèle présente un CIF de 1,00, ce qui indique que le modèle s'ajuste parfaitement aux données. L'indice d'ajustement NNFI (*Non-normed fit index*), aussi appelé l'Index de Tucker-Lewis, nécessite une valeur

égale ou supérieure à 0,95 afin de déterminer que l'ajustement du modèle est adéquat. Dans le cadre de ce modèle, une valeur de 0,946 a été obtenue. Selon Coffman (2008), l'adéquation du modèle est aussi déterminée à l'aide de l'erreur de la méthode des carrés moyens (RMSEA, *Root mean square error of approximation*) et un score égal ou inférieur à 0,05 indique que le modèle présente une bonne d'adéquation. Le présent modèle obtient un indice RMSEA = 0,00 ce qui indique une excellente adéquation. Une corrélation est ajoutée entre les termes d'erreur des variables d'attachement, ce qui permet de diminuer le risque d'erreur de types 1 et 2. Le modèle présenté à la Figure 1 affiche uniquement les relations entre les variables dont les estimés sont significatifs. Il indique que la douleur du patient est reliée aux stratégies d'évitement du conjoint-aidant et en explique 22% de la variance. Ces stratégies sont reliées significativement à l'anxiété d'abandon, ainsi qu'à l'évitement de la proximité du conjoint-aidant. Le pourcentage de variance expliquée pour l'anxiété d'abandon est de 36%, alors que celui de l'évitement de l'intimité est de 15%. Seul l'évitement de l'intimité est relié significativement et négativement à l'ajustement conjugal du conjoint-aidant. Le modèle permet d'expliquer 39% de la variance de l'ajustement du conjoint-aidant.

Par souci de parcimonie, un deuxième modèle a été évalué en retirant la variable d'attachement anxiété d'abandon, puisqu'elle n'était pas reliée à l'ajustement conjugal. Ainsi, l'évitement de la proximité est la seule variable d'attachement retenue dans le modèle présenté à la Figure 2. Les estimés des liens entre les variables demeurent

toutefois les mêmes. Les indices d'adéquation obtenus sont les suivants : (CFI = 1,000; NFI = 0,975; RMSEA = 0,000; $\chi^2 = 1,215$, $p = 0,749$).

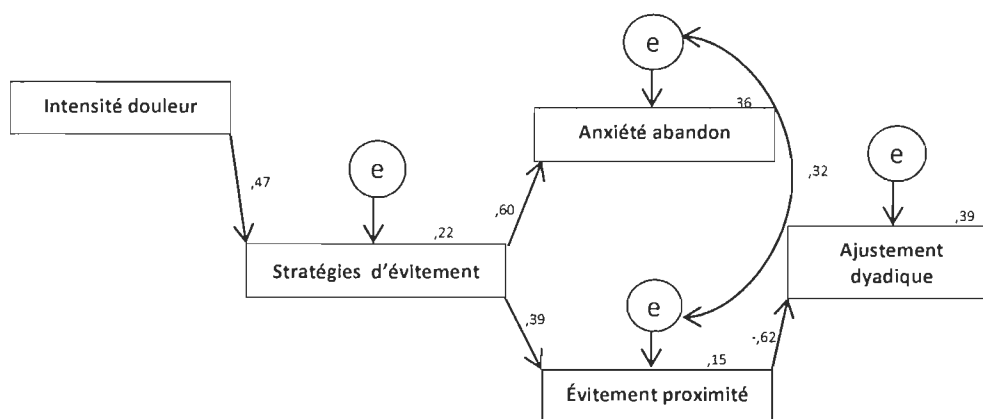


Figure 1. Analyse acheminatoire des variables de douleur, de stratégies d'adaptation, des dimensions d'attachement et d'ajustement dyadique. Tous les coefficients de corrélation sont significatifs à $p < 0,001$, à l'exception de la corrélation entre la stratégie d'adaptation évitement et l'évitement de la proximité qui est significative à $p < 0,01$. La variance expliquée pour l'ajustement dyadique est $R^2 = 0,39$.

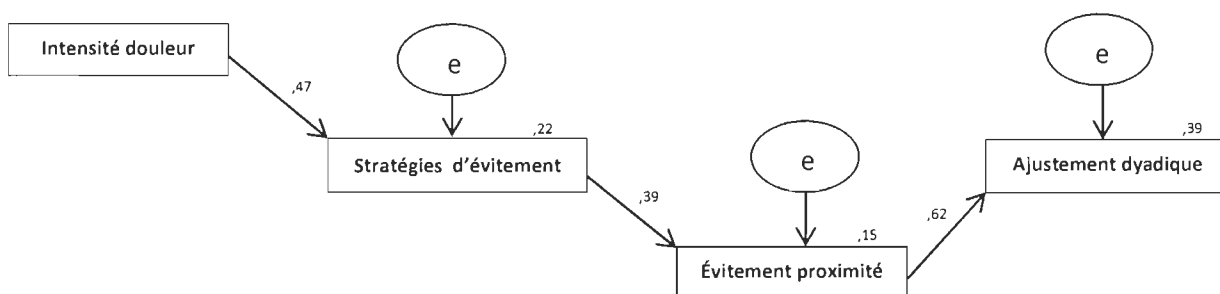


Figure 2. Analyse acheminatoire des variables de douleur, de stratégies d'adaptation, d'évitement de l'intimité et d'ajustement dyadique. Tous les coefficients de corrélation sont significatifs à $p < 0,001$, à l'exception de la corrélation entre la stratégie d'adaptation évitement et l'évitement de la proximité qui est significative à $p < 0,01$. La variance expliquée pour l'ajustement dyadique est $R^2 = 0,39$.

Discussion

Dans cette section, des éléments explicatifs relatifs aux différents résultats obtenus dans cette étude seront présentés. Les résultats seront discutés à partir des études théoriques et empiriques recensées traitant de l'ajustement dyadique, de l'attachement, de la communication et des stratégies d'adaptation. À la lumière des plus récentes études dans le domaine, les analyses se rapportant à chacune des trois hypothèses présentées seront reprises et expliquées successivement. En dernier lieu, certaines observations, limites et recommandations découlant de cette étude seront exposées.

Le but de cette étude consistait à examiner la nature des relations entre l'attachement, la communication, les stratégies d'adaptation et l'ajustement dyadique chez des conjoints-aidants en contexte où leur partenaire souffre de douleur chronique. Le premier objectif de cette étude visait à examiner la nature des relations entre les différentes variables des conjoints-aidants. La première hypothèse en lien avec cet objectif stipulait que l'ajustement dyadique des conjoints-aidants serait négativement relié à l'anxiété d'abandon, à l'évitement de la proximité, ainsi qu'aux patrons de communication impliquant du retrait. Nos résultats confirment cette hypothèse. Par ailleurs, il est important de rappeler que l'ajustement dyadique comporte un point de coupure à 100 et la moyenne obtenue dans le cadre de cette étude est de 108,38. Ceci indique donc que les conjoints-aidants à l'étude se considèrent relativement satisfaits de

leur relation. Cela appuie certaines études ayant trouvé que les partenaires d'individus vivant de la douleur chronique se disaient satisfaits de leur relation conjugale (Lewandowski & Radice, 2012; Smith, 2003). Les résultats obtenus indiquent que plus les conjoints-aidants sont satisfaits de leur relation conjugale, moins ils vivent d'anxiété d'abandon, moins ils évitent la proximité et moins la communication conjugale est empreinte de patron impliquant du retrait. Ce résultat est en accord avec la documentation scientifique (Christensen & Shenk, 1991; Eldridge & Christensen, 2002; Gottman et al., 1977). Nous aurions pu penser qu'en contexte de douleur chronique, la relation entre ces variables aurait été plus forte, mais on ne retrouve pas de patrons bien différents. Les conjoints-aidants se comportent comme les conjoints de toutes autres populations.

La seconde hypothèse de ce premier objectif stipulait que l'ajustement dyadique des conjoints-aidants serait positivement corrélé à la communication positive. Les résultats obtenus corroborent l'hypothèse formulée. L'examen des analyses corrélationnelles démontre une relation positive et significative entre ces deux variables. Ainsi, plus les conjoints-aidants se considèrent satisfaits de leur relation conjugale, plus ils font preuve d'ouverture et de résolution de problème mutuelle en contexte de communication conjugale. Ce résultat abonde dans le même sens que de nombreuses études (Christensen & Shenk, 1991; Eldridge & Christensen, 2002; Weiss & Heyman, 1997). Il serait intéressant dans le futur d'évaluer la communication spécifique à la douleur chez les couples en contexte de douleur chronique. Pour ce faire, des

informations pourraient être recueillies dans la consigne de départ du questionnaire, quant à la qualité de la communication conjugale à propos des problèmes de santé de leur partenaire. Des patrons de communication différents que ceux obtenus dans le cadre de cette étude pourraient être obtenus. Également, une méthode d'évaluation de la communication par observation des interactions entre les conjoints (Bélanger, 1993) lorsqu'ils abordent le sujet de la douleur chronique pourrait procurer des informations additionnelles à propos du soutien entre les conjoints, ainsi que les modes d'expression entre les membres du couple.

La troisième hypothèse de ce premier objectif stipulait que l'évitement de la proximité serait positivement corrélé aux patrons de communication impliquant du retrait. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude corroborent cette hypothèse. Ces résultats sont en concordance avec d'autres recherches (Christensen, 1988; Christensen & Shenk, 1991). La littérature rapporte qu'il arrive fréquemment que ces deux variables soient impliquées dans le patron interactionnel demande-retrait où l'un des partenaires tente de se rapprocher souvent maladroitement de son conjoint, en le critiquant, ou en lui faisant des reproches quant à son manque d'implication dans le couple par exemple, alors que le partenaire répond à ses critiques en évitant les discussions et en adoptant une attitude distante face à son partenaire (Christensen, 1987; Greenberg & Johnson, 1986; Wile, 1987). Il serait donc pertinent dans de futures études d'évaluer les patrons interactionnels de notre échantillon afin d'élucider si l'évitement de la proximité ainsi que les patrons de communication impliquant du retrait ont été

utilisés par certains conjoints-aidants de notre échantillon dans le but de répondre aux demandes de leur partenaire qui les critique, ou plutôt à titre de stratégie d'adaptation face à la douleur de leur partenaire.

Le second objectif de cette étude consistait à vérifier la nature des relations entre les variables de l'individu en douleur, plus particulièrement les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à la douleur et les variables mises à l'étude des conjoints-aidants. La première hypothèse en lien avec cet objectif stipulait que l'intensité et l'interférence de la douleur rapportées par le patient seront négativement corrélées à l'ajustement dyadique du conjoint-aidant. Contrairement à l'hypothèse énoncée initialement, nos résultats n'indiquent pas de relation significative entre les variables de douleur évaluées chez l'individu en douleur et la satisfaction conjugale du conjoint-aidant. Ces résultats vont à l'encontre des résultats obtenus dans le cadre d'autres recherches (Flor, Turk, et al., 1987; Kerns, Otis, & Wise, 2002; Maruta et al., 1981).

Cette contradiction entre les résultats obtenus dans cette étude comparativement à ceux rapportés dans d'autres écrits pourrait être expliquée par le fait que l'intensité et l'interférence de la douleur pourraient avoir une influence sur l'ajustement dyadique, mais que cette influence serait très faible. En effet, certains auteurs (Kerns et al., 2002; Maruta et al., 1981) ont évalué l'influence que pouvaient avoir l'intensité ainsi que l'interférence de la douleur sur l'ajustement dyadique, mais en y ajoutant d'autres variables telles que l'absence de soutien procuré par le conjoint-aidant, l'absence de

soutien social, l'insatisfaction sexuelle. Ainsi, ils obtenaient, tel que stipulé dans notre hypothèse de départ, une relation significative et négative entre l'intensité et l'interférence de la douleur et l'ajustement dyadique mais ce, via l'influence d'autres variables. Par exemple, une étude menée par Flor, Kerns et Turk (1987) a permis d'observer qu'une intensité de douleur élevée diminuait significativement l'ajustement dyadique des conjoints-aidants lorsque ces derniers se considéraient insatisfaits sexuellement.

La seconde hypothèse de ce deuxième objectif stipulait que l'intensité, l'interférence de la douleur et la stratégie d'adaptation dramatisation chez le patient souffrant de douleur chronique seraient positivement reliées à l'évitement comme stratégie d'adaptation chez le conjoint-aidant. Les résultats obtenus vont dans le sens de l'hypothèse formulée. L'analyse des corrélations démontre une relation négative significative entre ces quatre variables. Ainsi, plus l'intensité et l'interférence de la douleur sont élevées et plus le patient souffrant de douleur chronique fait appel à la dramatisation en réaction à ses symptômes douloureux, plus le conjoint-aidant sera tenté d'éviter son partenaire. Ce résultat appuie de nombreuses études (Campbell et al., 2005; Cano, Gillis, et al., 2004; Gauthier et al., 2011; Newton-John & Williams, 2006). Selon Cano et al. (2004), cette relation pourrait être expliquée par le fait que les premiers mois où le patient ressent des symptômes douloureux et qu'il dramatise la manifestation de ces derniers, le conjoint-aidant pourrait répondre à cette dramatisation par un support émotionnel, croyant que les réactions de son partenaire sont raisonnables et compte tenu

de la douleur qu'il ressent. Par ailleurs, au fil du temps et des efforts infructueux déployés par le conjoint-aidant, ce dernier pourrait devenir irrité, voire même frustré de cette impuissance et donc, préférer se retirer.

La troisième hypothèse de ce second objectif proposait l'existence d'une relation positive entre la stratégie d'adaptation dramatisation chez l'individu en douleur et l'anxiété d'abandon chez le conjoint-aidant. Puisque la dramatisation comme stratégie d'adaptation à la douleur était la plus documentée (Flor, Kerns, & Turk, 1987; Gauthier et al., 2011), l'hypothèse a été formulée en ce sens. Les résultats découlant des analyses corrélationnelles indiquent qu'il n'y a aucune relation positive significative entre l'utilisation de la dramatisation par l'individu en douleur et l'anxiété d'abandon chez le conjoint-aidant. Toutefois, en faisant l'analyse des résultats obtenus quant aux corrélations possibles entre les stratégies d'adaptation adoptées par l'individu en douleur et l'anxiété d'abandon chez le conjoint-aidant, les résultats ont indiqué une relation significative et positive entre la stratégie axée sur la prière et l'anxiété d'abandon. Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est penchée sur la présence du lien significatif entre ces deux variables. Il est possible de penser que lorsque l'individu prie, il se retire pour accomplir cet acte rituel. Ce geste pourrait être interprété comme un manque de disponibilité pour le conjoint-aidant et ainsi éveiller des sentiments d'indifférence et d'abandon.

Le troisième objectif de cette étude consistait à évaluer empiriquement un modèle interactionnel comprenant les variables du patient souffrant de douleur chronique et celles du conjoint-aidant, afin de vérifier si les stratégies d'adaptation du conjoint-aidant pourraient jouer un rôle médiateur entre la douleur ressentie par le patient et les comportements du conjoint-aidant. Le modèle exploratoire montre que l'évitement chez le conjoint-aidant sert de variable médiatrice entre la douleur rapportée par le patient et les représentations d'attachement visant l'évitement de l'intimité du conjoint-aidant. En retour, ces variables sont liées à son ajustement dyadique. Même si la théorie de Bowlby soutient que l'attachement constitue en une variable relativement stable dans le temps, le modèle présenté indique que les variables d'attachement peuvent fluctuer en fonction d'autres facteurs, soient dans ce cas-ci l'intensité de la douleur et les stratégies d'évitement. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude devront être vérifiés par des études futures.

Limites et recommandations futures

La présente étude est l'une des rares à avoir intégré simultanément les variables d'ajustement dyadique, de communication, de stratégies d'adaptation et d'attachement amoureux dans le but d'obtenir une compréhension plus spécifique des dynamiques amoureuses en contexte de douleur chronique. L'échantillon a la particularité d'être composé d'individus en douleur qui ont préalablement été évalués par un médecin, dans le cadre du programme PASSAGE. Il s'agit donc d'un échantillon clinique, essentiellement composé d'individus atteints de fibromyalgie ou de lombalgie.

Certaines limites de cette étude méritent toutefois d'être exposées. D'abord, l'échantillon de cette étude est relativement restreint, car composé de 53 couples hétérosexuels, ce qui limite la puissance statistique des analyses. Compte tenu du fait que les individus en douleur de cet échantillon participent tous à un programme d'aide, il se pourrait que cet échantillon ne soit pas représentatif de la population des gens atteints de douleur chronique générale. En participant à un programme visant l'apprentissage de stratégies d'autogestion efficaces, il se peut que les patients souffrant de douleur chronique et leur conjoint-aidant se soient sentis soulagés, soutenus, moins en détresse et plus encouragés face à leurs problèmes de santé et les répercussions sur leur vie de couple. Un tel biais dans les réponses est possible et doit être envisagé. Dans le futur, il serait intéressant que le recrutement des participants ne se limite pas essentiellement aux individus atteints de fibromyalgie et de lombalgie, mais plutôt aux individus atteints de douleur chronique en général. Ceci aurait pu permettre d'obtenir un plus grand échantillon et donc, d'augmenter la puissance statistique des analyses ainsi que la généralisation des résultats. Compte tenu des résultats obtenus au sein de cette étude selon lesquels les conjoints-aidants utilisent l'évitement comme stratégie d'adaptation pour face aux difficultés associées à leur partenaire en douleur, il pourrait être pertinent que les programmes qui viennent en aide aux individus atteints de douleur chronique invitent le conjoint-aidant à participer activement au programme. Ceci pourrait permettre au conjoint-aidant d'être sensibilisé à la réalité de douleur que vit son partenaire, tout en étant outillé pour offrir son soutien, ce qui minimiserait les risques qu'il utilise

l'évitement comme stratégie d'adaptation. Il serait intéressant que les programmes de thérapie pour les individus atteints de douleur chronique puissent avoir un volet éducatif de couple, à l'intérieur duquel les conjoints-aidants pourraient bénéficier d'un enseignement en lien avec les stratégies d'adaptation à la douleur. Ces programmes cliniques pourraient favoriser la résilience familiale pour que celle-ci devienne une stratégie efficace dans un contexte de douleur. Ils pourraient aussi mettre l'emphasis sur le soutien émotionnel des conjoints-aidants.

Les instruments d'évaluation n'étaient pas les mêmes pour les patients souffrant de douleur chronique que pour les conjoints-aidants, ce qui consiste en une autre faiblesse de cette étude. Les données recueillies ne permettaient donc pas, par exemple, de savoir si les conjoints-aidants vivaient eux aussi de la douleur chronique. Les représentations d'attachement, la communication et les stratégies d'adaptation étant évaluées uniquement chez les conjoints-aidants, ceci rend impossible les comparaisons entre les individus en douleur et les conjoints-aidants. De telles comparaisons auraient pu enrichir les informations sur les dynamiques conjugales de notre échantillon. D'autres méthodes de cueillette d'informations, telle l'observation des participants, auraient pu permettre d'obtenir davantage d'informations et peut-être des résultats différents.

Les résultats de la présente étude combinant l'attachement amoureux, la communication, les stratégies d'adaptation et l'ajustement dyadique en contexte de

douleur chronique, confirment la pertinence d'utiliser des modèles mieux articulés qui intègrent plusieurs variables, tels que les modèles d'interdépendance acteur-partenaire (APIM) (Kashy & Kenny, 2000; Kenny, 1995). Le modèle exploratoire présenté précédemment aurait été encore plus informatif si les variables évaluées chez le patient souffrant de douleur chronique avaient été les mêmes que celles du conjoint-aidant. De plus, afin de tenir compte des paramètres estimés et compte tenu de la taille de l'échantillon relativement restreinte, il y avait une limite quant au nombre de variables à insérer au sein de ce modèle. Il serait intéressant que des recherches futures évaluent de manière longitudinale des individus en douleur et leurs conjoints-aidants qui participent à un programme d'aide, en les comparant à un autre groupe contrôle, où les participants ne font pas partie d'un programme d'aide.

Conclusion

La présente étude poursuivait trois principaux objectifs. Le premier objectif consistait à examiner la nature des relations entre les différentes variables mesurées auprès des conjoints-aidants : l'ajustement dyadique, l'attachement amoureux, les stratégies d'adaptation et la communication. De nombreuses corrélations significatives sont ressorties entre ces variables. Le deuxième objectif visait à vérifier la nature des relations entre les stratégies d'adaptation utilisées par les individus atteints de fibromyalgie ou de lombalgie pour faire face à leur douleur et les variables des conjoints-aidants mises à l'étude. Malheureusement, contrairement à ce qui est fréquemment observé dans la documentation scientifique, très peu de corrélations significatives ont été obtenues. Enfin, le troisième objectif tentait de vérifier de façon exploratoire si les stratégies d'adaptation du conjoint-aidant pouvaient jouer un rôle médiateur entre la douleur ressentie par son partenaire et sa satisfaction à l'égard de sa relation de couple. Le modèle obtenu a permis de mettre en lumière l'importance des stratégies d'évitement du conjoint-aidant utilisées pour faire face aux difficultés entourant la maladie de son partenaire. En effet, celles-ci exercent un rôle médiateur, mais uniquement entre la douleur rapportée par son partenaire et l'attachement évitant qu'il ressent envers lui. En retour, cette insécurité d'attachement chez le conjoint-aidant est liée à la satisfaction qu'il a de sa relation de couple. Des recherches futures devraient tenter de valider ces résultats auprès d'un plus large échantillon et en sélectionnant des

participants atteints de douleur chronique qui ne font pas partie d'un programme de traitement de la douleur. Les mêmes variables devront être évaluées à la fois chez les individus en douleur et chez les conjoints-aidants, afin de permettre la réalisation d'analyses dyadiques.

Références

- Ablin, J., Neumann, L., & Buskila, D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia: A review. *Joint, Bone, Spine: Revue Du Rhumatisme*, 75(3), 273-279. doi: 10.1016/j.jbspin.2007.09.010
- Ahern, D. K., & Follick, M. J. (1985). Distress in spouses of chronic pain patients. *International Journal of Family Therapy*, 7(4), 247-257. doi: 10.1007/BF00924026
- Aïni, K., Curelli-Chéreau, A., & Antoine, P. (2010). L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie: Analyse qualitative. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(4), 255-262. doi: 10.1016/j.amp.2007.11.022
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford England: Lawrence Erlbaum.
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120. doi: 10.1016/j.pec.2008.06.005
- Attal, N., Fermanian, C., Fermanian, J., Lanteri-Minet, M., Alchaar, H., & Bouhassira, D. (2008). Neuropathic pain: are there distinct subtypes depending on the aetiology or anatomical lesion? *Pain*, 138(2), 343-353. doi: 10.1016/j.pain.2008.01.006
- Averill, P. M., Novy, D. M., Nelson, D. V., & Berry, L. A. (1996). Correlates of depression in chronic pain patients: a comprehensive examination. *Pain*, 65(1), 93-100.
- Bahouq, H., Fadoua, A., Hanan, R., Ihsane, H., & Najia, H.-H. (2013). Profile of sexuality in Moroccan chronic low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 63-63. doi: 10.1186/1471-2474-14-63
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique.. = French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(1), 25-34.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bartholomew, K., Kwong, M. J., & Hart, S. D. (2001). Attachment. Dans W. J. Livesley & W. J. Livesley (Éds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. (pp. 196-230). New York, NY, US: Guilford Press.
- Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S & Wright, J. (1993). Validation préliminaire d'un système global de cotation des interactions conjugales. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*.
- Bendix, A. E., Bendix, T., Hastrup, C., & Busch, E. (1998). A prospective, randomized 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients. *European Spine Journal: Official Publication Of The European Spine Society, The European Spinal Deformity Society, And The European Section Of The Cervical Spine Research Society*, 7(2), 111-119.
- Bigatti, S. M. (2000). *Relationships between perceived burden, physical health, and health care use among spouses of people with fibromyalgia syndrome*. (9970686 Ph.D.), University of California, San Diego and San Diego State University, Ann Arbor. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304647502?accountid=14725>
- http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=Relationships+between+perceived+burden%2C+physical+health%2C+and+health+care+use+among+spouses+of+people+with+fibromyalgia+syndrome&issn=&date=2000-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Bigatti%2C+Silvia+Marcela&isbn=9780599757349&jtitle=&btitle=&rft_id=info:eric/ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text+database
- Block, A. R., Kremer, E. F., & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior. *Pain*, 9(2), 243-252.

- Boisvert, M., Lussier, Y., Sabourin, S., & Valois, P. (1996). Styles d'attachement sécurisant, préoccupé, craintif et détaché au sein des relations de couple. = Secure, preoccupied, fearful and dismissing attachment styles in close relationships. *Science et Comportement*, 25(1), 55-69.
- Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Schiphorst Preuper, H. R. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 22(1), 93-101. doi: 10.1007/s11136-012-0132-8
- Borg, C., Emond, F. C., Colson, D., Laurent, B., & Michael, G. A. (2015). Attentional focus on subjective interoceptive experience in patients with fibromyalgia. *Brain and Cognition*, 101, 35-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2015.10.002>
- Boulanger, A., Clark, A. J., Squire, P., Cui, E., & Horbay, G. L. A. (2007). Chronic pain in Canada: Have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Research & Management*, 12(1), 39-47.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York, NY US: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 46-76). New York, NY US: Guilford Press.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 652-657.
- Burns, J. W., Peterson, K. M., Smith, D. A., Keefe, F. J., Porter, L. S., Schuster, E., & Kinner, E. (2013). Temporal associations between spouse criticism/hostility and pain among patients with chronic pain: a within-couple daily diary study. *Pain*, 154(12), 2715-2721. doi: 10.1016/j.pain.2013.07.053

- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of Conflict and Support in Romantic Relationships: The Role of Attachment Anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 510-531. doi: 10.1037/0022-3514.88.3.510
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, 110(3), 656-664.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107(1-2), 99-106.
- Cano, A., Johansen, A. B., & Geisser, M. (2004). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain. *Pain*, 109(3), 258-265.
- Cano, A., Johansen, A. B., Leonard, M. T., & Hanawalt, J. D. (2005). What are the marital problems of patients with chronic pain? *Current Pain And Headache Reports*, 9(2), 96-100.
- Cano, A., & Leonard, M. (2006). Integrative Behavioral Couple Therapy for Chronic Pain: Promoting Behavior Change and Emotional Acceptance. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1409-1418. doi: 10.1002/jclp.20320
- Cano, A., Weisberg, J. N., & Gallagher, R. M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine*, 1(1), 35-43. doi: 10.1046/j.1526-4637.2000.99100.x
- Cano, A., & Williams, A. C. (2010). Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain*, 149(1), 9-11. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.010
- Chenhall, P. J. (1998). *Family functioning and marital satisfaction reported by women with fibromyalgia, their spouses, and control groups*. (NQ31968 Ph.D.), The University of Manitoba (Canada), Ann Arbor. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304466356?accountid=14725>

http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=Family+functioning+and+marital+satisfaction+reported+by+women+with+fibromyalgia%2C+their+spouses%2C+and+control+groups&issn=&date=1998-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Chenhall%2C+Pamela+June&isbn=9780612319684&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text+database

Cheung, S.-K., & Sun, S. Y. K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality*, 28(5), 413-422. doi: 10.2224/sbp.2000.28.5.413

Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. Dans K. Hahlweg, M. J. Goldstein, K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Éds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. (pp. 250-265). New York, NY, US: Family Process Press.

Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. Dans P. Noller, M. A. Fitzpatrick, P. Noller & M. A. Fitzpatrick (Éds.), *Perspectives on marital interaction*. (pp. 31-52). Clevedon, England: Multilingual Matters.

Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 458-463. doi: 10.1037/0022-006X.59.3.458

Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, 104(3), 627-637.

Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129-138.

Coffman, D. L. (2008). Model error in covariance structure models: Some implications for power and Type I error. *Methodology: European Journal Of Research Methods For The Behavioral & Social Sciences*, 4(4), 159-167.

- Craig, K. D. (1985). Review of 'Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective'. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 26(2), 174-175. doi: 10.1037/h0084429
- Davis, J. A., Robinson, R. L., Le, T. K., & Xie, J. (2011). Incidence and impact of pain conditions and comorbid illnesses. *Journal Of Pain Research*, 4, 331-345. doi: 10.2147/JPR.S24170
- Drentea, P. (2002). Retirement and mental health. *Journal Of Aging And Health*, 14(2), 167-194.
- Drentea, P., Clay, O. J., Roth, D. L., & Mittelman, M. S. (2006). Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 63(4), 957-967. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.02.020
- Eid, P., & Boucher, S. (2012). Alexithymia and dyadic adjustment in intimate relationships: Analyses using the Actor Partner Interdependence Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(10), 1095-1111.
- Eldridge, K. A., & Christensen, A. (2002). Demand-withdraw communication during couple conflict: A review and analysis. Dans P. Noller, J. A. Feeney, P. Noller & J. A. Feeney (Éds.), *Understanding marriage: Developments in the study of couple interaction*. (pp. 289-322). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Ellis, L. E. (2008). Etiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia: A practical and effective approach. Dans G. R. Walz, J. C. Bleuer & R. K. Yep (Éds.), *Compelling counseling interventions: Celebrating VISTAS' fifth anniversary*. (pp. 161-171). Alexandria, VA Ann Arbor, MI US: American Counseling Association
- Counseling Outfitters.
- Feinauer, L. L., & Steele, W. R. (1992). Caretaker marriages: The impact of chronic pain syndrome on marital adjustment. *American Journal of Family Therapy*, 20(3), 218-226. doi: 10.1080/01926189208250891

- Flor, H., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 251-259. doi: 10.1016/0022-3999(87)90082-1
- Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, O. B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 63-71. doi: 10.1016/0022-3999(87)90099-7
- Fordyce, W. E. (1982). A behavioural perspective on chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(4), 313-320. doi: 10.1111/j.2044-8260.1982.tb00569.x
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., & Delateur, B. (1968). AN APPLICATION OF BEHAVIOR MODIFICATION TECHNIQUE TO A PROBLEM OF CHRONIC PAIN. *Behaviour Research and Therapy*, 6(1), 105-107. doi: 10.1016/0005-7967(68)90048-X
- Forsythe, L. P., Romano, J. M., Jensen, M. P., & Thorn, B. E. (2012). Attachment style is associated with perceived spouse responses and pain-related outcomes. *Rehabilitation Psychology*, 57(4), 290-300. doi: 10.1037/a0030083
- Fournier, B., & Brassard, A. (2010). Éclairage du fonctionnement conjugal : Attachement, communication demande-retrait, violence et satisfaction conjugales. = Couple functioning: Attachment, demand/withdraw communication pattern, intimate violence and relationship satisfaction. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(1), 155-169.
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2004). Mindfulness, Acceptance, Validation, and 'Individual' Psychopathology in Couples. Dans S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Éds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (pp. 168-191). New York, NY US: Guilford Press.
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572-583. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.572
- Gallagher, D., Wrabetz, A., Lovett, S., Del Maestro, S., & Rose, J. (1989). Depression and other negative affects in family caregivers. Dans E. Light & B. D. Lebowitz

(Éds.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research*. (pp. 218-244). Rockville, MD US: US Department of Health & Human Services.

Gauthier, N., Thibault, P., & Sullivan, M. J. L. (2011). Catastrophizers with chronic pain display more pain behaviour when in a relationship with a low catastrophizing spouse. *Pain Research & Management: The Journal Of The Canadian Pain Society = Journal De La Société Canadienne Pour Le Traitement De La Douleur*, 16(5), 293-299.

Geisser, M. E., Cano, A., & Leonard, M. T. (2005). Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses of Persons With Chronic Back Pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525. doi: 10.1016/j.jpain.2005.03.004

Giardino, N. D., Jense, M. P., Turner, J. A., Ehde, D. M., & Cardenas, D. D. (2003). Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *Pain*, 106(1-2), 19-25. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00226-4

Goldenberg, D. L. (1994). Psychiatric illness and fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(3), 41-49. doi: 10.1300/J094v02n03_04

Gonzales, V. A. (1999). *Adjustment to chronic pain: Attitudinal sources of variability*. (9939682 Ph.D.), University of Houston, Ann Arbor. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304504490?accountid=14725>

http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=Adjustment+to+chronic+pain%3A+Attitudinal+sources+of+variability&issn=&date=1999-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Gonzales%2C+Vera+A&isbn=9780599411159&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/ProQuest+Dissertations+&Theses+Full+Text database.

Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 39(3), 461-477. doi: 10.2307/350902

- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain: A Journal of Neurology*, 127(4), 835-843. doi: 10.1093/brain/awh098
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1986). Affect in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(1), 1-10. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb00630.x
- Guerriere, D. N., Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Stafford-Coyte, E., Zagorski, B., . . . Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal Of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie*, 57(6), 549-558. doi: 10.1007/s12630-010-9306-4
- Haan, N. (1993). The assessment of coping, defense, and stress. Dans L. Goldberger, S. Breznitz, L. Goldberger & S. Breznitz (Éds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd ed.)*. (pp. 258-273). New York, NY, US: Free Press.
- Hadjistavropoulos, T., Craig, K. D., & Fuchs-Lacelle, S. (2004). Social Influences and the Communication of Pain. Dans T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Éds.), *Pain: Psychological perspectives*. (pp. 87-112). Mahwah, NJ US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Horwitz, A. V., & Davies, L. (1994). Are emotional distress and alcohol problems differential outcomes to stress?: An exploratory test. *Social Science Quarterly*, 75(3), 607-621.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hunter, N., Sharp, C., Denning, J., & Terblanche, L. (2006). Evaluation of a functional restoration programme in chronic low back pain. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 56(7), 497-500.

- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283.
- Johansen, A. B., & Cano, A. (2007). A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain*, 132 Suppl 1, S86-S95.
- Kashy, D. A., & Kenny, D. A. (2000). The analysis of data from dyads and groups. Dans H. T. Reis, C. M. Judd, H. T. Reis & C. M. Judd (Éds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology*. (pp. 451-477). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Keefe, F. J., Blumenthal, J., Baucom, D., Affleck, G., Waugh, R., Caldwell, D. S., . . . Lefebvre, J. (2004). Effects of spouse-assisted coping skills training and exercise training in patients with osteoarthritic knee pain: A randomized controlled study. *Pain*, 110(3), 539-549. doi: 10.1016/j.pain.2004.03.022
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Egert, J. R., Affleck, G., Sullivan, M. J., & Caldwell, D. S. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 87(3), 325-334.
- Kenny, D. A. (1995). The effect of nonindependence on significance testing in dyadic research. *Personal Relationships*, 2(1), 67-75. doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00078.x
- Kerns, R. D., Otis, J. D., & Wise, E. A. (2002). Treating families of chronic pain patients: Application of a cognitive-behavioral transactional model. Dans D. C. Turk & R. J. Gatchel (Éds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook (2nd ed.)*. (pp. 256-275). New York, NY US: Guilford Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1994). Caregivers, mental health, and immune function. Dans E. Light, G. Niederehe & B. D. Lebowitz (Éds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients: Research and interventions*. (pp. 64-75). New York, NY US: Springer Publishing Co.

- Killian, T. S., Turner, J., & Cain, R. (2005). Depressive symptoms of caregiving women in midlife: the role of physical health. *Journal Of Women & Aging, 17*(1-2), 115-127.
- Kolb, L. C. (1982). Attachment behavior and pain complaints. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 23*(4), 413-425.
- Kuster, M., Bernecker, K., Backes, S., Brandstätter, V., Nussbeck, F. W., Bradbury, T. N., . . . Bodenmann, G. (2015). Avoidance orientation and the escalation of negative communication in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 109*(2), 262-275. doi: 10.1037/pspi0000025
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 35*(1), 56-60. doi: 10.1037/h0087187
- Lalonde, L., Choinière, M., Martin, E., Berbiche, D., Perreault, S., & Lussier, D. (2014). Costs of moderate to severe chronic pain in primary care patients - a study of the ACCORD Program. *Journal Of Pain Research, 7*, 389-403. doi: 10.2147/JPR.S55388
- Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (2004). Intimacy as an Interpersonal Process: The Importance of Self-Disclosure, Partner Disclosure, and Perceived Partner Responsiveness in Interpersonal Exchanges. Dans H. T. Reis & C. E. Rusbult (Éds.), *Close relationships: Key readings*. (pp. 199-211). Philadelphia, PA US: Taylor & Francis.
- Lazarus, R. S. (1990). Stress, coping, and illness. Dans H. S. Friedman & H. S. Friedman (Éds.), *Personality and disease*. (pp. 97-120). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*(3), 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. Dans A. Monat, R. S. Lazarus, A. Monat & R. S. Lazarus (Éds.), *Stress and coping: An anthology (3rd ed.)*. (pp. 189-206). New York, NY, US: Columbia University Press.

- Leonard, M. T., Cano, A., & Johansen, A. B. (2006). Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society*, 7(6), 377-390.
- Lewandowski, G. W., Morris, R., Draucker, C. B., & Risko, J. (2007). Chronic pain and the family: Theory-driven treatment approaches. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(9), 1019-1044. doi: 10.1080/01612840701522200
- Lewandowski, G. W., & Radice, G. M. (2012). Relationship dissolution in nonmarital romantic relationships. Dans M. A. Paludi (Éd.), *The psychology of love (Vols 1-4)*. (pp. 89-106). Santa Barbara, CA US: Praeger/ABC-CLIO.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1990). Couples coping with chronic illness: Women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342. doi: 10.1007/BF00844882
- Margot-Duclot, A. (2013). Émotions et douleurs chroniques. *Douleur et Analgésie*, 26(1), 30-37. doi: 10.1007/s11724-012-0321-9
- Martin-Mattera, P., Ly Thanh, H., Garnier, F., Huez, J.-F., & Benoist, V. (2010). Les lombalgies chroniques: Symptôme ou pas symptôme? *L'Évolution Psychiatrique*, 75(4), 607-620. doi: 10.1016/j.evopsy.2010.09.005
- Maruta, T., Osborne, D., Swanson, D. W., & Halling, J. M. (1981). Chronic pain patients and spouses: marital and sexual adjustment. *Mayo Clinic Proceedings*, 56(5), 307-310.
- McCarberg, B. H., Ruoff, G. E., Tenzer-Iglesias, P., & Weil, A. J. (2011). Diagnosis and treatment of low-back pain because of paraspinous muscle spasm: a physician roundtable. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 12 Suppl 4, S119-S127. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01253.x
- McWilliams, L. A., & Asmundson, G. J. G. (2007). The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain*, 127(1-2), 27-34.

- McWilliams, L. A., & Holmberg, D. (2010). Adult attachment and pain catastrophizing for self and significant other. *Pain, 149*(2), 278-283. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.019
- Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain, 123*(1-2), 146-154.
- Meyer, D., & Paul, R. (2011). A cross-national examination of marriage and early life stressors as correlates of depression, anxiety, and stress. *The Family Journal, 19*(3), 274-280. doi: 10.1177/1066480711406678
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2013). The role of attachment security in adolescent and adult close relationships. Dans J. A. Simpson, L. Campbell, J. A. Simpson & L. Campbell (Éds.), *The Oxford handbook of close relationships*. (pp. 66-89). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). Boosting attachment security in adulthood: The 'broaden-and-build' effects of security-enhancing mental representations and interpersonal contexts. Dans J. A. Simpson, W. S. Rholes, J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds.), *Attachment theory and research: New directions and emerging themes*. (pp. 124-144). New York, NY, US: Guilford Press.
- Moen, P., Robison, J., & Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and women's well-being: a life course approach. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(3), 259-273.
- Molton, I. R., & Raichle, K. A. (2010). Psychophysiological disorders. Dans D. L. Segal & M. Hersen (Éds.), *Diagnostic Interviewing*. (pp. 343-369). New York, NY US: Springer Publishing Co.
- Monga, T. N., Monga, U., Tan, G., & Grabois, M. (1999). Coital positions and sexual functioning in patients with chronic pain. *Sexuality and Disability, 17*(4), 287-297. doi: 10.1023/A:1021373428492
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. Dans E. Martz, H. Livneh, E. Martz & H. Livneh (Éds.),

Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects. (pp. 107-126). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

- Morgan, H. J., & Shaver, P. R. (1999). Attachment processes and commitment to romantic relationships. Dans J. M. Adams & W. H. Jones (Éds.), *Handbook of interpersonal commitment and relationship stability*. (pp. 109-124). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Morone, N. E., & Greco, C. M. (2007). Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 8(4), 359-375.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (2004). Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosomatic Medicine*, 66(4), 527-532. doi: 10.1097/01.psy.0000130493.80576.0c
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada--prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management: The Journal Of The Canadian Pain Society = Journal De La Société Canadienne Pour Le Traitement De La Douleur*, 7(4), 179-184.
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical Care*, 40(12), 1249-1259.
- Newton-John, T. R., & Williams, A. C. (2006). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain*, 123(1-2), 53-63. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.009
- Newton, T. L., Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., & Malarkey, W. B. (1995). Conflict and withdrawal during marital interaction: The roles of hostility and defensiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(5), 512-524. doi: 10.1177/0146167295215009
- Nottingham, M. C. (2009). *The effects of providing care on caregivers' mental health: An investigation of depression and subjective well-being.* (3357275 Ph.D.), Arizona State University, Ann Arbor. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304830200?accountid=14725>

http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=The+effects+of+providing+care+on+caregivers%27+mental+health%3A+An+investigation+of+depression+and+subjective+well-being&issn=&date=2009-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Nottingham%2C+Mason+C.&isbn=9781109143218&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/ProQuest+Dissertations+&Theses+Full+Text+database

O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : Une revue de travaux. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(4), 126-131.
doi: 10.1016/j.jtcc.2011.08.003

Papas, R. K., Robinson, M. E., & Riley, J., III. (2001). Perceived spouse responsiveness to chronic pain: Three empirical subgroups. *The Journal of Pain*, 2(5), 262-269.
doi: 10.1054/jpai.2001.24553

Patterson, D. R. (2005). Behavioral methods for chronic pain and illness: A reconsideration and appreciation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 312-315.
doi: 10.1037/0090-5550.50.3.312

Payne, B., & Norfleet, M. A. (1986). Chronic pain and the family: a review. *Pain*, 26(1), 1-22.

Perlmutter-Kalina, M. (2007). *Integrating attachment into our understanding of the pain experience of individuals with chronic back pain*. (3300312 Ph.D.), Fielding Graduate University, Ann Arbor. Repéré à
<http://search.proquest.com/docview/304704720?accountid=14725>

http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=Integrating+attachment+into+our+understanding+of+the+pain+experience+of+individuals+with+chronic+back+pain&issn=&date=2007-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Perlmutter-Kalina%2C+Marsha&isbn=9780549446569&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/ProQuest+Dissertations+&Theses+Full+Text+database

- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109-E120.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C., & Garst, J. (2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 20(10), 2459-2466. doi: 10.1007/s00520-011-1367-6
- Poundja, J., Fikretoglu, D., Guay, S., & Brunet, A. (2007). Validation of the French version of the Brief Pain Inventory in Canadian veterans suffering from traumatic stress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 720-726. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.09.031
- Pruchno, R. A., & Potashnik, S. L. (1989). Caregiving spouses: Physical and mental health in perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(8), 697-705.
- Ramage-Morin, P. L., & Gilmour, H. (2010). Chronic pain at ages 12 to 44. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre For Health Information = Rapports Sur La Santé / Statistique Canada, Centre Canadien D'information Sur La Santé*, 21(4), 53-61.
- Ratcliffe, G. E., Enns, M. W., Belik, S.-L., & Sareen, J. (2008). Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: An epidemiologic perspective. *The Clinical Journal of Pain*, 24(3), 204-210. doi: 10.1097/AJP.0b013e31815ca2a3
- Reiffenberger, D. H., & Amundson, L. H. (1996). Fibromyalgia syndrome: a review. *American Family Physician*, 53(5), 1698-1712.
- Reitsma, M., Tranmer, J. E., Buchanan, D. M., & VanDenKerkhof, E. G. (2012). The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey. *Pain Research & Management: The Journal Of The Canadian Pain Society = Journal De La Société Canadienne Pour Le Traitement De La Douleur*, 17(3), 166-172.

- Riemsma, R. P., Taal, E., & Rasker, J. J. (2000). Perceptions about perceived functional disabilities and pain of people with rheumatoid arthritis: Differences between patients and their spouses and correlates with well-being. *Arthritis Care & Research*, 13(5), 255-261. doi: 10.1002/1529-0131(200010)13:5<255::AID-ANR3>3.0.CO;2-3
- Robinson, R. L., Kroenke, K., Mease, P., Williams, D. A., Chen, Y., D'Souza, D., . . . McCarberg, B. (2012). Burden of illness and treatment patterns for patients with fibromyalgia. *Pain Medicine*, 13(10), 1366-1376. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01475.x
- Romano, J. M., Jensen, M. P., Turner, J. A., Good, A. B., & Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: Further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31(3), 415-440. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80023-4
- Romano, J. M., Turner, J. A., & Clancy, S. L. (1989). Sex differences in the relationship of pain patient dysfunction to spouse adjustment. *Pain*, 39(3), 289-295.
- Romano, J. M., Turner, J. A., Jensen, M. P., Friedman, L. S., Bulcroft, R. A., Hops, H., & Wright, S. F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63(3), 353-360.
- Rosenfield, S. (1999). Splitting the difference: Gender, the self, and mental health. Dans C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Éds.), *Handbook of sociology of mental health*. (pp. 209-224). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44. doi: 10.1016/0304-3959(83)90125-2
- Rossignol, M., Suissa, S., & Abenhaim, L. (1988). Working disability due to occupational back pain: three-year follow-up of 2,300 compensated workers in Quebec. *Journal Of Occupational Medicine.: Official Publication Of The Industrial Medical Association*, 30(6), 502-505.
- Roux, P., & Durif-Bruckert, C. (2014). Représentations des médicaments et expérience de la douleur chez des patients souffrant du syndrome de fibromyalgie. =

Representations of medicines and pain experience for patients with fibromyalgia syndrome. *Douleur et Analgésie*, 27(2), 102-109. doi: 10.1007/s11724-013-0364-6

- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 333-337. doi: 10.1037/1040-3590.2.3.333
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27. doi: 10.1037/1040-3590.17.1.15
- Sanders, S. H. (2002). Operant conditioning with chronic pain: Back to basics. Dans D. C. Turk & R. J. Gatchel (Éds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook (2nd ed.)*. (pp. 128-137). New York, NY US: Guilford Press.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research & Management: The Journal Of The Canadian Pain Society = Journal De La Société Canadienne Pour Le Traitement De La Douleur*, 16(6), 445-450.
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 110-116. doi: 10.1007/BF02883327
- Schwartz, L., Slater, M. A., Birchler, G. R., & Atkinson, J. H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain*, 44(1), 61-67.
- Schwartz, M. F. (1994). The Masters and Johnson treatment program for sex offenders: Intimacy, empathy and trauma resolution. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1(3), 261-277. doi: 10.1080/10720169408400047
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., . . . Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical

conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal Of Affective Disorders*, 103(1-3), 113-120.

Shanfield, S. B., Heiman, E. M., Cope, D. N., & Jones, J. R. (1979). Pain and the marital relationship: psychiatric distress. *Pain*, 7(3), 343-351.

Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2012). Adult attachment orientations, stress, and romantic relationships. Dans P. Devine, A. Plant, P. Devine & A. Plant (Éds.), *Advances in experimental social psychology*, Vol 45. (pp. 279-328). San Diego, CA, US: Academic Press.

Skinner, M. A. (2010). *Individual and dyadic appraisals of pain severity and control and patient and spouse adjustment to chronic pain across the lifespan*. (3413003 Ph.D.), The University of Utah, Ann Arbor. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/746479152?accountid=14725>

http://openurl.uquebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=Individual+and+dyadic+appraisals+of+pain+severity+and+control+and+patient+and+spouse+adjustment+to+chronic+pain+across+the+lifespan&issn=&date=2010-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Skinner%2C+Michelle+A.&isbn=9781124128481&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/ProQuest+Dissertations+&Theses+Full+Text+database

Smith, A. A. (2003). Intimacy and family relationships of women with chronic pain. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses*, 4(3), 134-142.

Smythe, H. A. (2009). Explaining medically unexplained symptoms: widespread pain. *The Journal Of Rheumatology*, 36(4), 679-683. doi: 10.3899/jrheum.090006

Soskolne, V., Halevy-Levin, S., & Ben-Yehuda, A. (2007). The context of caregiving, kinship tie and health: A comparative study of caregivers and non-caregivers. *Women & Health*, 45(2), 75-94. doi: 10.1300/J013v45n02_05

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Spengler, D. M., Bigos, S. J., Martin, N. A., Zeh, J., Fisher, L., & Nachemson, A. (1986). Back injuries in industry: a retrospective study. I. Overview and cost analysis. *Spine*, 11(3), 241-245.
- Sullaway, M., & Christensen, A. (1983). Assessment of dysfunctional interaction patterns in couples. *Journal of Marriage and the Family*, 45(3), 653-660. doi: 10.2307/351670
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F. J., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal Of Pain*, 17(1), 52-64.
- Thibault, P., Loisel, P., Durand, M.-J., Catchlove, R., & Sullivan, M. J. L. (2008). Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients. *Pain* (03043959), 139(1), 47-54. doi: 10.1016/j.pain.2008.02.029
- Tran, M. H. V. (2007). *The caregiving stress process: Examining the influence of the nature of the care-recipient illness, stress-buffering variables, mediating factors, and caregiving transitions on caregiver health*. (NR31877 Ph.D.), Lakehead University (Canada), Ann Arbor. Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304716574?accountid=14725>
- http://openurl.quebec.ca:9003/uqtr?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&atitle=&title=The+caregiving+stress+process%3A+Examining+the+influence+of+the+nature+of+the+care-recipient+illness%2C+stress-buffering+variables%2C+mediating+factors%2C+and+caregiving+transitions+on+caregiver+health&issn=&date=2007-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Tran%2C+Mun+H.+V.&isbn=9780494318775&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/ ProQuest Dissertations & Theses Full Text database.
- Turner, J. A., & Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. *Pain*, 24(3), 355-364.

- Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *Journal Of Sex Research*, 47(2-3), 153-170. doi: 10.1080/00224491003658227
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3), 684-689.
- Weickgenant, A. L., Slater, M. A., Patterson, T. L., Atkinson, J. H., Grant, I., & Garfin, S. R. (1993). Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression. *Pain*, 53(1), 95-103.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1997). A clinical-research overview of couples interactions. Dans W. K. Halford, H. J. Markman, W. K. Halford & H. J. Markman (Éds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. (pp. 13-41). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- White, L. A., Robinson, R. L., Yu, A. P., Kaltenboeck, A., Samuels, S., Mallett, D., & Birnbaum, H. G. (2009). Comparison of health care use and costs in newly diagnosed and established patients with fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 10(9), 976-983. doi: 10.1016/j.jpain.2009.03.012
- Wile, D. B. (1987). A Master of Indirect Communication. *PsycCRITIQUES*, 32(11), 960-961. doi: 10.1037/026501
- Williams, D. A., Cary, M. A., Groner, K. H., Chaplin, W., Glazer, L. J., Rodriguez, A. M., & Clauw, D. J. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *The Journal Of Rheumatology*, 29(6), 1280-1286.
- Williamson, G. M., Walters, A. S., & Shaffer, D. R. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: Predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21(4), 405-410.